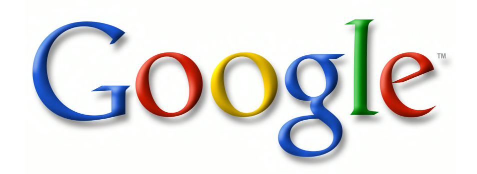
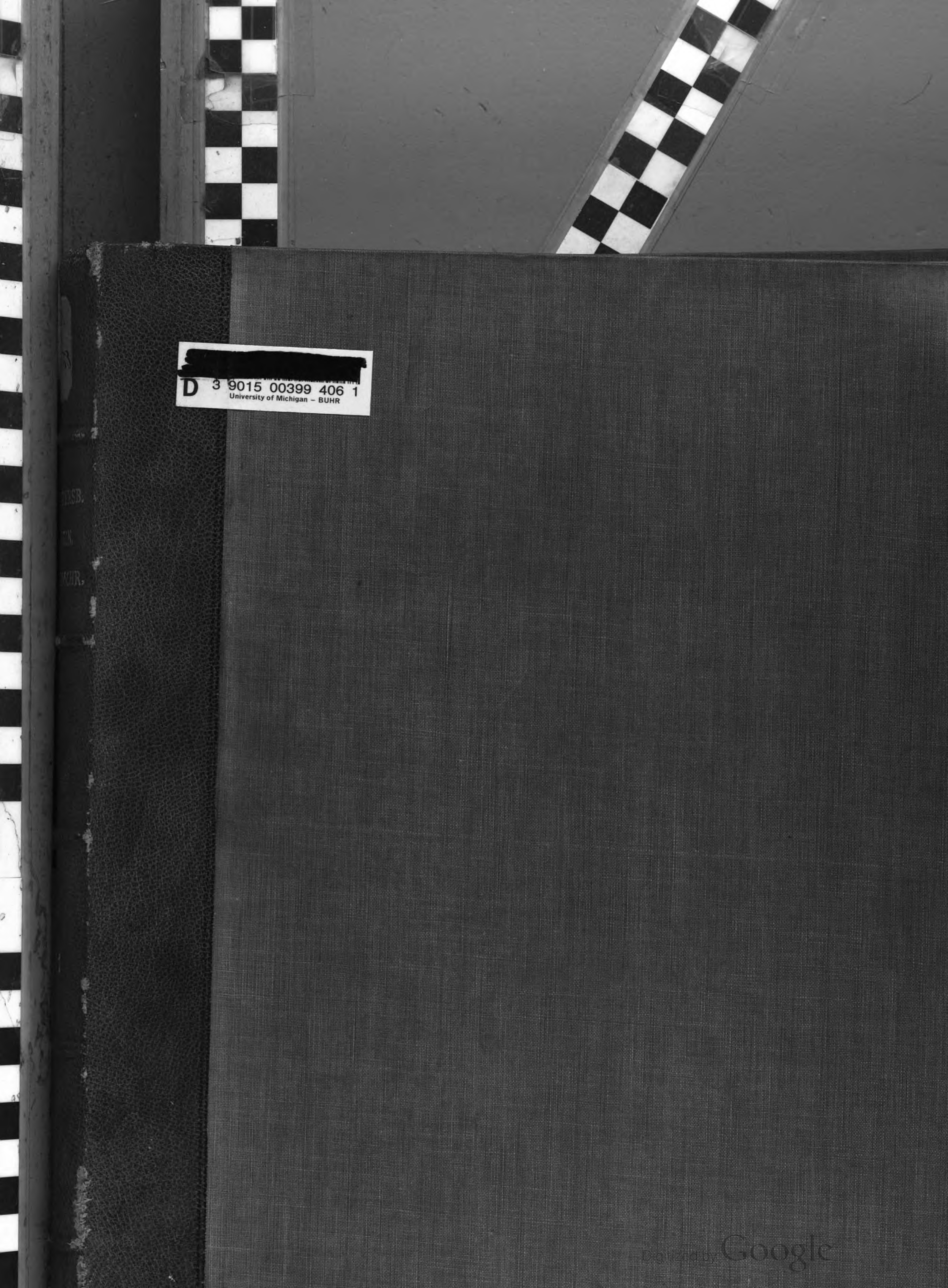
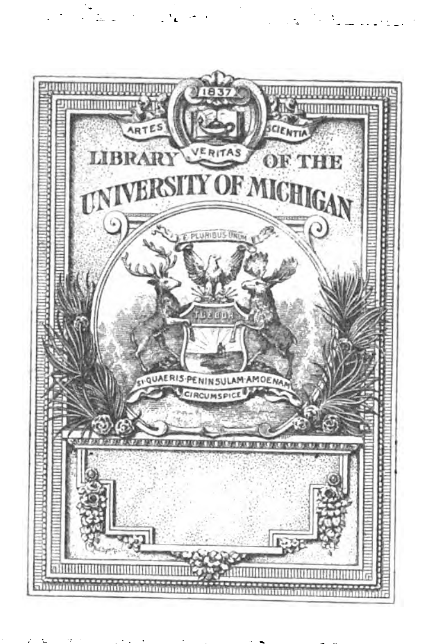



[redacted]
D 3 9015 00399 406 1
University of Michigan – BUHR
Digitized by Google


1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE

St. Petersburger

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio.
Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals.
Riga.

Dr. Rudolf Wanach.
St. Petersburg.

XXVI. JAHRGANG.
(NEUE FOLGE XVIII. JAHRGANG).

ST. PETERSBURG.
Buchdruckerei von A. Wienecke Katharinenhofer Prosp., № 15.
1901.

INHALTS-VERZEICHNISS.

(Die mit * bezeichneten Zahlen beziehen sich auf Original-Arbeiten, die eingeklammerten auf die russische Literatur-Beilage).

Sach-Register.

A.

INHALTS-VERZEICHNISS.

(Die mit * bezeichneten Zahlen beziehen sich auf Original-Arbeiten, die eingeklammerten auf die russische Literatur-Beilage).

Sach-Register.

A.

B.

C.

M.

N.

Q.

R.

S.

T.

Q.

R.

S.

Namen-Register.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 1 St. Petersburg, 6. (19.) Januar **1901**

Abonnements-Aufforderung.

Die St. Petersburger

Medicinische Wochenschrift

wird auch im Jahre 1901 unter der jetzigen Redaction und nach dem bisherigen Programm erscheinen. Sie bleibt ihrer Aufgabe getreu, ein Organ für praktische Aerzte zu sein und letztere durch **Originalarbeiten** sowohl als durch **Referate** und **Besprechungen** neu erschienener Werke mit den Ergebnissen zeitgenössischer medicinischer Forschung bekannt zu erhalten. — Wie bisher wird dieselbe als Organ nachstehender Vereine und Gesellschaften fortfahren mit der Veröffentlichung der **Protokolle des allgem. Vereins St. Petersburger Aerzte, des St. Petersburger Vereins deutscher Aerzte,** der **Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga,** der **medicinischen Gesellschaft zu Dorpat** und der **Gesellschaft livländischer Aerzte.** — Besondere Aufmerksamkeit wird die Wochenschrift auch fernerhin der **russischen medicinischen Literatur** widmen und in gleicher Weise, wie im vorigen Jahre, auch weiterhin durch fortlaufende Referate über **alle wichtigeren in russ. medicin. Journalen erscheinenden Arbeiten,** den mit der russischen Sprache nicht vertrauten Fachgenossen die Einsicht in diese stetig an Bedeutung gewinnende Literatur ermöglichen. — Der **Abonnementspreis** ist incl. Zustellung **in Russland 8 Rbl.** für das Jahr, **4 Rbl.** für ein halbes Jahr; **in den anderen Ländern 20 Mark** für das Jahr, **10 Mark** für ein halbes Jahr. **Abonnements-Aufträge** bittet man an die Buchhandlung von **C. Ricker** in St. Petersburg, Newsky Prospect Nr. 14, **Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen an den geschäftsführenden Redacteur **Dr. Rudolf Wanach** (Petersburger Seite, Peter-Paulhospital) zu richten.

Ueber Perityphlitis.

Aus der chirurgischen Abtheilung des Herrn Dr. med. A. v. Bergmann am Rigaschen Stadtkrankenhause.

(Vortrag, gehalten auf dem XII. Livländischen Aerztetage zu Wenden).

Von
C. Brutzer,
Assistenzarzt.

In Folgendem sollen einige Ergebnisse der Perityphlitisbehandlung an der chirurgischen Abtheilung des Rigaschen Stadtkrankenhauses in den letzten Jahren geschildert werden.

Vom Jahre 1894 bis zum 2. Semester 1900 finden sich 123 Fälle von Perityphlitis und Appendicitis in den Krankenjournälen verzeichnet. Da bisher keine einheitliche Nomenclatur für diese Erkrankungen existirt, so muss bemerkt werden, dass die chronisch verlaufenden Fälle, in denen die Autopsie nur am Processus vermiformis mehr oder weniger schwere Veränderungen zeigt, die zur Verhütung perityphlitischer Attaquen die operative Entfernung der Appendix im freien Intervall angezeigt sein liessen, bei uns Appendicitiden genannt werden; während die acut verlaufenden entzündlichen Processe, die zunächst auf die Umgebung des Wurmfortsatzes übergreifen, abgesehen von allen weiteren Complicationen als Perityphlitiden aufgeführt werden.

Von den 123 Fällen gehören 30 der Appendicitis, 93 der Perityphlitis an. Beide Gruppen werden später gesondert besprochen werden müssen, während die ihnen gemeinsamen Puncte sogleich abgehandelt werden sollen.

Der anatomische Nachweis, dass auch die Perityphlitiden durch die primäre Erkrankung des Processus vermiformis hervorgerufen wurden, konnte in 19 Fällen durch die Operation nicht erbracht werden. Da bei der Eröffnung perityphlitischer Abscesse ein Suchen nach dem Processus vermiformis oft nicht statthaft erschien, so wird es erlaubt sein auch ohne diesen unanfechtbaren Beweis als den Ausgangspunct der Entzündung die Appendix anzunehmen in Analogie anderer Fälle, in denen sie vollkommen gangränös und abgestossen im Abscesseiter gefunden wurde, oder wo sie sich in Granulationen eingemauert in der Abscesswand fand.

Um eine Erklärung für die primäre Erkrankung des Wurmfortsatzes zu finden, forscht man vergeblich nach schädlichen Momenten in den allgemeinen Lebensverhältnissen der Patienten. In der Liste der vorliegenden 123 Fälle sind in bunter Reihe fast alle Stände und Berufsarten vertreten und keiner ist besonders bevorzugt.

Bemerkenswerth ist, dass das männliche Geschlecht bedeutend häufiger betroffen ist, von den Patienten sind 90 Männer, 33 Frauen. Auch in grösseren statistischen Berichten prävalirt die Anzahl der männlichen Patienten, ohne dass sich ein schlagender Grund dafür anführen liesse, es sei denn, dass man ihn in der intensiveren Bethätigung aller Lebensfunctionen und der damit verbundenen Exposition Schädlichkeiten gegenüber sieht.

Durch Traumen gegen das Abdomen, sowie ein starkes Anspannen der Bauchpresse soll infectiöser Inhalt des Cöcums über die Gerlach'sche Falte in die Appendix gepresst werden können und dort abgelagert in dem vielleicht auch direct geschädigten Organ die Erkrankung hervorrufen. Die anamnestischen Angaben meiner Patienten ergaben blos 5 Mal meist schwere Schädigungen, die unmittelbar vor der Erkrankung geschehen einen derartigen Zusammenhang vermuthen liessen. Je 1 Mal war es ein Stoss einer Kuh respective eines Pferdes gegen den Leib, 3 Mal erfolgte die Erkrankung nach Heben schwerer Lasten. Häufiger begegnet man Klagen über langdauernde Störung der Darmfunction. 2 Mal erfolgte die Attaque unmittelbar nach groben Diätfehlern. Meist fehlt aber jede Angabe über derartige Schädigungen; plötzlich stellen sich heftige Schmerzen ein und in kurzer Zeit entrollt sich das Bild des perityphlitischen Anfalls aus voller Gesundheit.

Aus grösseren Statistiken geht hervor, dass die Perityphlitis als erster Anfall weitaus am häufigsten zwischen dem 10. und 30. Lebensjahre auftritt, dass sie im ersten Decennium weniger häufig vorkommt, nach dem 30. Jahr aber schnell abnimmt und nach dem 40 Jahr nur noch in vereinzelten Fällen erscheint. An dem vorliegenden Material findet sich dieser Satz bestätigt. Bis zum 10. Jahr erkrankten 5 Patienten; ein Alter von 10—30 Jahren hatten 76 Patienten, über 30 Jahre 42 Patienten. Das höchste Alter, das erreicht wurde, waren 63 Jahre für die erste Attaque mit 5 weiteren Anfällen in den zwei folgenden Jahren. Das seltene Auftreten der Perityphlitis in höherem Lebensalter kann eventuell durch den von Ribbert und Zuckerkandl nachgewiesenen Involutionsvorgang am Processus vermiformis erklärt werden; die Schleimhaut verödet und das Lumen wird partiell oder völlig verschlossen. Schon im 5. Lebensjahr lässt sich der Beginn dieser Umwandlung finden, meist erst nach dem 30. Jahre; Leute über 60 Jahre weisen sie in 50 pCt. der Fälle auf. Individuellen Eigenthümlichkeiten ist jedoch ein so weiter Spielraum gelassen, dass es bei Beurtheilung solcher Fälle in praxi geboten erscheint, kein zu grosses Gewicht auf die Altersatrophie zu legen. Der Processus vermiformis des 65jährigen Patienten, von dem oben die Rede war, weist abgesehen von den Residuen der vorhergegangenen Attaquen einen blühenden Reichthum an Follikelschläuchen auf, die bei weiterem Bestehen wahrscheinlich bald zur Eingangspforte für neue Bacterieninvasionen gedient hätten.

Es lässt sich auch sonst nicht constatiren, dass die Erkrankung in höheren Lebensjahren die Neigung zu recidiviren verliert. Die Zahlen der recidivirenden Perityphlitis und der erstmaligen Erkrankung sind in allen Lebensphasen fast gleich.

Die grösste Anzahl von Recidiven findet sich naturgemäss bei denjenigen Patienten, die sich zur definitiven Befreiung von ihren Leiden durch die Appendectomie in die chirurgische Abtheilung aufnehmen liessen. Wenn sich auch besonders in letzter Zeit die Fälle mehren, wo durch den Zuspruch sorgsamer Hausärzte bewogen schon frühzeitig um die Entfernung des gefährlichen Wurmfortsatzes nachgesucht wurde, so kommen hier doch Fälle vor, in denen sich die Krankheitserscheinungen über 13 Jahre erstrecken, oder wo 11 jährlich wiederkehrende Attaquen aufgezählt werden. Meist bestanden die Erscheinungen in mehr oder weniger langen Intervallen exacerbirend 1—3 Jahre lang; in 5 Fällen wurde nach dem Abklingen des ersten schweren Anfalles zur Operation geschritten.

Wie oben erwähnt, wurde 30 Mal die Exstirpation der Appendix im freien Intervall ausgeführt an 18 männlichen und 12 weiblichen Patienten. Die Untersuchung dieser Fälle vor der Operation fiel 3 Mal vollkommen negativ aus, 3 Mal bestand eine Druckempfindlichkeit in der Ileocoecalgegend, in 2 weiteren Fällen verbunden mit gurrenden Geräuschen bei der Palpation, eine druckempfindliche Resistenz wurde 9 Mal gefühlt, und eben so oft liess sich ein schmerzhafter Strang an der Stelle des Processus vermiformis palpiren. 3 Mal liessen sich grössere Tumoren abtasten, die durch Verlöthung des Coecums mit seiner Umgebung entstanden waren. 1 Mal fand sich eine Fistel, die von dem Secret zerfallener Granulationen im kleinen Becken gespeist wurde, während die Veränderungen am Processus vermiformis und die Anamnese den Zusammenhang beider Affectionen nahe legen.

Auf die pathologischen Veränderungen, die die resecirten Appendices aufwiesen, soll hier nicht eingegangen werden. Stets bestätigten sie den Ablauf vorhergegangener Erkrankungen und oft sah man Verhältnisse, die eine neue Attaque in nächster Zeit hervorgerufen hätten, wenn nicht eingegriffen worden wäre. Unter solchen Umständen war es nicht rathsam in jedem Falle primär die Bauchhöhle zu schliessen. 9 Mal wurde ein Tampon in der Wunde zurückgelassen; in 21 Fällen wurde die Wunde aber gleich in zwei Etagen fest vernäht. In letzteren Fällen heilten die Wunden per primam und in ca. 20 Tagen verliessen die Patienten geheilt das Krankenhaus. Bei den offen behandelten Wunden konnte der Tampon in 3 bis 8 Tagen entfernt werden und die Heilung verlief per granulationem mit kaum grösserem Zeitaufwande.

Complicirt wurde dieser typisch zu nennende Verlauf der Appendectomien durch weitere Operationen, die gleichzeitig vorgenommen wurden. Das eine Mal wurde eine bestehende Inguinalhernie nach Bassini operirt, das andere Mal war es eine Hydrocelenoperation. Fortdauernde Darmstörungen (occlusio) liessen in einem weiteren Fall nach der Heilung eine zweite Laparotomie indicirt erscheinen, bei der sich der Darm durch unlösliche Adhäsionen verlegt fand, so dass eine Enteroanastomose angelegt werden musste, um die Passage frei zu machen. Getrübt wird der gute Erfolg dieser Operationen durch einen letalen Exitus, der 6 Tage nach der Operation an acuter gelber Leberatrophie erfolgte. Patient, der seines hohen Alters wegen schon an anderer Stelle genannt wurde, hatte in den letzten 2 Jahren 5 Perityphlitisattaquen durchgemacht und wünschte dringend durch die Operation von drohenden weiteren Erkrankungen befreit zu werden. Es erweist sich auch, dass er mit seiner Befürchtung Recht gehabt hatte: an der Spitze des obliterirten Processus vermiformis fand sich ein Schleimhautgeschwür nahe der Perforation. Die Wunde wurde nach Exstirpation der Appendix primär geschlossen. Bald nach der Operation stellte sich unstillbares Erbrechen ein. Das Erbrechen wurde blutig gefärbt. Icterus trat auf und Anurie, im Coma erfolgte der Tod am 6. Tage. Weder der Verlauf der Wundheilung noch das klinische Bild liessen bei der Erkrankung an Sepsis denken. Die pathologisch-anatomische Diagnose nach der Section lautete: Chloroformtod (Dr. Schabert). Ein hohes Alter ist nach dieser Erfahrung ein Moment, das bei der Indication zur Operation wohl erwogen werden muss; eine stricte Contraindication ist es gewiss nicht.

Die zweite Gruppe vorliegender Betrachtung umfasst die Patienten, die in acutem Stadium perityphlitischer Erkrankung zur Behandlung kamen. Es sind 93 Fälle, von denen aber 24 nicht weiter berücksichtigt werden sollen, da die Krankheitssymptome bei exspectativer Behandlung schwanden und ein Eingriff zur Entfernung des Processus vermiformis von den Patienten nicht gestattet wurde oder uns nicht erwünscht erschien. Wenn nach dem ersten perityphlitischen Insult local eine vollständige Restitutio ad integrum eintritt und eine ungestörte Darmfunction keinen Verdacht auf einen verborgenen Krankheitsherd lenkt, so ist die Annahme, dass keine Recidive eintreten, durch die Erfahrung vieler Fälle gerechtfertigt; in jedem anderen Falle ist die Operation indicirt. Von den 65 Fällen, die operirt wurden, sind 22 gestorben (33,84 pCt.), Wenn man diese Zahlen zu einander in Beziehung bringen wollte, so würde man jedoch kein richtiges Bild von den Verhältnissen bekommen. Denn während sich die Heilungen wohl ausnahmslos auf Fälle mit circumscripten Krankheitsherden beziehen, zählen unter den Todesfällen auch die universellen Peritonitiden mit, die in fast hoffnungslosem Zustande einkamen.

Es ist wohl durch individuelle Prädisposition und durch besondere toxische Eigenschaften der Infection zu erklären, warum die Allgemeinerkrankung des Peritoneums in den einen Fällen früher, in den anderen später oder garnicht auftritt. Wir haben mit einer grossen Zahl von Fällen zu rechnen, bei denen die chirurgische Abtheilung als ultimum refugium aufgesucht wurde in einem Zeitpunct, in dem es bereits zu spät war. Die Aufnahme erfolgte durchschnittlich am 10. Tage in einem Zustande, in dem die Symptome allgemeiner Peritonitis den Hauptherd oft schwer erkennen liessen. Die Bedenken, die sich chirurgischem Handeln in solchen Fällen entgegenstellen, sind oft nicht abzuweisen. Auch die bedrohlichsten Erscheinungen von Peritonitis können wieder schwinden und die localen Krankheitssymptome deutlich hervortreten lassen, gegen die vorgegangen werden muss. Ich möchte hier einen Satz anführen, den Merkens in einer Arbeit aus der Sonnenburg'schen Klinik anführt und der unseren Anschauungen vollkommen entspricht. Es giebt Autoren, welche von dem Grundsatz ausgehend, nichts schaden zu können, auch bei den schwersten Formen von Peritonitis eine Operation indicirt halten. Wir theilen diesen Standpunct nicht, verzichten vielmehr auf eine Operation in den Fällen, wo bei schwerer peritonealer Toxinämie kein Abscess resp. Exsudat deutlich nachweisbar ist und die schweren Erscheinungen bereits tagelang bestehen unter allmählicher Verschlimmerung.

Bei dem Bemühen, sich über die einschlägigen Verhältnisse im Abdomen genau zu orientiren, erweitert die digitale Untersuchung des Rectums oft den Befund der äusseren Untersuchung in weitem Maasse. Sie ist daher nie zu unterlassen. 21 Mal ergab eine Rectumuntersuchung ein positives Resultat und konnte in einigen Fällen allein für den Eingriff bestimmend sein.

Ein fast stets zu erhebender Befund bei perityphlitischen Abscessen ist die Indicanurie. 27 Mal finde ich positive Angaben in den Krankengeschichten.

War der Untersuchungsbefund in dieser Weise als schmerzhafte Resistenz, Dämpfungsbezirk, Tumor von derber oder fluctuirender Beschaffenheit festgestellt, so wurde zur Operation geschritten und war die Schnittrichtung bestimmt.

Um den Verlauf der Krankheit in den vorliegenden Fällen übersichtlich zu gestalten, ist eine weitere Eintheilung in Gruppen nothwendig und es empfiehlt sich dabei im Wesentlichen die pathologisch-anatomischen Verhältnisse massgebend sein zu lassen und demnach Fälle zu unterscheiden, die gleich beim Beginn mit allgemeiner Peritonitis einhergingen; Fälle, in denen eine Progredienz der Bauchfellerkrankung in einzelnen Herden bestand, und endlich solche, in denen die Erkrankung auf einen Herd beschränkt blieb.

Die Fälle erster Kategorie, 7 an Zahl, sind alle in kurzer Zeit zu Grunde gegangen, und durch die Section konnte die Annahme purulenter Peritonitis bestätigt werden. Die Krankheitsdauer betrug höchstens 8 Tage. Die Patienten wurden nach 2—7tägiger Krankheitsdauer eingebracht, gleich operirt und dabei mehr oder weniger grosse Mengen jauchigen Exsudates entleert. Allein es scheint, dass der Eingriff oft nur dazu gedient hatte, ihre Leiden zu verkürzen, denn bald trat der Exitus ein Hierher gehören auch 4 Fälle, die exspectativ behandelt wurden. Sie gingen ebenfalls rapid zu Grunde.

Das klinische Bild lässt oft diese Form allgemeiner Peritonitis von gewissen Stadien localer Entzündung nicht unterscheiden. Die Verschiedenartigkeit des Ausgangs ist nur in der Infectiosität des Exsudates zu suchen und in der Widerstandsfähigkeit der Organismen.

Das anatomische Bild, wie es die Sectionen der Fälle von progredienter Peritonitis bieten, ist wesentlich anders als das diffuser Peritonitis. Man findet zwischen verklebten Darmschlingen und in Nischen des Peritoneums Eiterherde abgeschlossen, deren directer Zusammenhang noch ersichtlich, obgleich die einen vielleicht schon eingedickt und im Schwinden begriffen sind, andere jüngeren Datums erscheinen; daneben kann noch eine allgemeine Peritonitis gefunden werden, die von einem der Eiterherde ausging.

Neben der Entstehung derartiger progredienter Eiterherde in zeitlicher und räumlicher Folge auf einander, ist die Bildung vieler einzelner Herde in der Abdominalhöhle nach Resorption eines grossen peritonitischen Exsudates, das durch peritonitische Reizung hervorgerufen, von einem bestehenden primären Eiterdepot inficirt wurde, möglich. Die grosse Menge des Exsudates wurde in der Folge resorbirt; die Keime, die in ihm enthalten waren, vertheilten sich und bildeten dann wachsend durch Adhäsionen abgekapselte Eiterdepots. Ich glaube derartige Fälle beobachtet zu haben und konnte sie bei der Autopsie bestätigt finden.

Fasse ich zum Schluss der allgemeinen Betrachtung diffuser und progredienter Peritonitis die Ergebnisse, die für einen chirurgischen Eingriff sprechen, zusammen, so findet sich die Eröffnung von Herden in jedem Fall indicirt. Besteht eine diffuse Peritonitis dabei, so ist allerdings meist nichts dadurch gewonnen, gelingt es im anderen Falle alle Herde zu eliminiren, so ist der Patient gerettet.

Perityphlitische Abscesse, an die sich eine progrediente Peritonitis anschloss, finden sich in dem vorliegenden Material 20 Mal, von denen 11 letal verlaufen sind. Die Todesursache war meist diffuse Peritonitis. Zwischen verklebten Darmschlingen fand man bei der Section noch Eiterherde älteren Datums, die hier oder da die Adhäsionen gesprengt hatten und die freie Bauchhöhle inficirten. Ferner traten als Complicationen Pneumonien und Leberabscesse hinzu, die als Ausdruck allgemeiner septischer Infection den Exitus herbeiführten.

Die Krankheitsdauer ist hier sehr verschieden lang. 6 Fälle, alle letal verlaufend, dauerten weniger als 20 Tage, 5 zogen sich mehr als 100 Tage hin, die übrigen fielen in diese Grenzen. Es ist zu erwarten, dass bei dem Manifestwerden neuer Herde auch wieder eingegriffen werden musste. In der That wurden in 7 Fällen mehrfach Operationen zur Eröffnung von Eiterdepots vorgenommen. In einem Fall, in dem sich der Process zur Leber hinzog und von einem subphrenischen Abscess die Pleura inficirt wurde, musste 5 Mal eingegan-

gen werden, um dem vordringenden Eiter Abfluss zu schaffen.

Wesentlich einfacher gestaltet sich der Verlauf der letzten Gruppe von Erkrankungsfällen, in denen nach Eröffnung eines perityphlitischen Abscesses die Symptome allgemeiner Erkrankung schwanden, auch wenn sie ebenso schwer aufgetreten waren, wie in den complicirteren Fällen. Die Abscesshöhlen reinigten sich unter Tamponade und die Wunden heilten durchschnittlich in 50 Tagen.

Die 3 Todesfälle, die unter den 36 hierher gehörenden Erkrankungen vorkamen, waren durch Pneumonie und Leberabscess bedingt, durch versprengte Keime hervorgerufen. Das Peritoneum war in diesen Fällen nicht weiter betheiligt.

Verzögert wurde der glatte Verlauf der Heilung durch Bildung von Kothfisteln, die 6 Mal beobachtet wurden. Meist schlossen sie sich spontan; in 2 Fällen mussten sie operativ beseitigt werden.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Erdmann: Lehrbuch der anorgan. Chemie. II. Aufl. Vieweg.

Zum Unterschiede von vielen anderen Darstellungen der anorganischen Chemie ist dieses Lehrbuch so anziehend geschrieben, dass man es auch wirklich als Lectüre und nicht nur als Nachschlagebuch benutzen kann. An den in Betracht kommenden Stellen sind die therapeutischen und toxischen Wirkungen der Stoffe sorgfältig notirt, so dass in dem Werk auch alle Beziehungen der practischen Medicin zur anorganischen Chemie erschöpfend behandelt sind. Die Ausstattung des Werkes ist vorzüglich; von den Abbildungen verdienen besonders die glänzend ausgeführten Spectren hervorgehoben zu werden.

Wichert.

Arnold: Repetitorium der Chemie. X. Aufl. Voss.

Ein umfassendes Compendium für dessen Brauchbarkeit die grosse Zahl seiner Auflagen beredtes Zeugniss ablegt.

Wichert.

Bernstein: Lehrbuch der Physiologie des thierischen Organismus, im Speciellen des Menschen. II. Aufl. Enke.

Die I. Auflage dieses empfehlenswerthen Werkes ist 1894 in der «Bibliothek des Arztes» erschienen und hat sich namentlich unter den Studirenden grosser Anerkennung zu erfreuen gehabt. In der vorliegenden II. Auflage sind nach dem Vorwort des Autors vollständig neu die die physikalische Chemie betreffenden Abschnitte. Von neueren Forschungsergebnissen haben nur solche Aufnahme gefunden, die allgemein anerkannt sind.

Wichert.

G. Schneidemühl: Die animalischen Nahrungsmittel. Ein Handbuch zu ihrer Untersuchung und Beurtheilung für Thierärzte, Aerzte, Sanitätsbeamte, Richter und Nahrungsmittel-Untersuchungsämter. Urban und Schwarzenberg. Berlin und Wien. 1900. II. Abtheilung.

Die II. Abtheilung des bereits hier besprochenen Buches enthält den Schluss des allgemeinen Theils, in welchem wir die Hinweise finden zur Beurtheilung der animalischen Nahrungsmittel, sofern sie Verfälschungen oder gesundheitsschädliche Veränderungen aufweisen.

Der «besondere Theil» giebt zunächst Angaben über die Untersuchung der Schlachtthiere im Leben und die dabei zu berücksichtigenden Erkrankungen, dann die Art des gewerbsmässigen Schlachtens und Zerlegens der Thiere und endlich eine kurze Uebersicht über die pathologische Anatomie der Schlachtthiere nach den Organsystemen geordnet. Dieser Abschnitt enthält zahlreiche Abbildungen, welche das Erkennen leichter zu machen durchaus im Stande sind.

Ucke.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 15. März 1900.

Vorsitzender: Kessler. Schriftführer: Boettcher.

Anwesend die Herren: Körber, Jaesche, Boettcher Dehio, Faure, Graubner, Hoffmann, Kessler, Kieseritzky, Lackschewitz, Manteuffel, Otto, Truhart, Schiemann, Walent, Zoege, Pfaff und Lantzky, Terrepson und Klau als Gäste.

1. Verlesung des Protocolls der Sitzung vom 16. II. 1900.

2. Boettcher demonstrirt einen Fall von Lichen ruber planus bei einem 8-jährigen Mädchen.

3. Lackschewitz demonstrirt eine Patientin, bei welcher er vor c. 3 Wochen ein grosses Ulcus corneae perforatum durch die von Kuhnt angegebene Bindehauttransplantation gedeckt hat; der doppelt gestielte Lappen hat eine feste Narbenbildung zu Stande gebracht, während es sonst bei der Grösse des Defects und dem Alter der Patientin wohl zu staphylomatöser Vernarbung gekommen wäre.

4. Zoege hält seinen angekündigten Vortrag über «Perityphlitis».

An der Hand einer grösseren Serie sehr instructiver Präparate demonstrirt Zoege die verschiedenen Abstufungen der patholog.-anatomischen Veränderungen am Processus vermiformis, die klinisch das Bild der Apendicitis und Perityphlitis hervorzurufen pflegen, nachdem er einige normale Proc. vermif. vorgelegt hat, an denen sich jedoch auch schon eine gewisse Tendenz hier und da Einschnürungen, die das Lumen in mässigem Grade verengern, zu bilden bemerkbar macht.

Die minimalsten pathol. Veränderungen documentirten sich anfangs in catarrhalischer Schwellung der Schleimhaut und Wucherungen derselben, die sich dann bei weiterer Entwickelung zu haemorrhagischer Infarcirung und stellenweiser Atrophie der Schleimhaut sowie Defecten im Epithel entwickeln, woraus dann Ulcerationen und Perforation resultiren können. Durch die haemorrhagische Infarcirung komme es zur Stenosenbildung höheren oder niederen Grades bis zu vollständigem Verschluss des an und für sich engen Lumens. Der Lieblingssitz derartiger Stenosenbildung sei die Mündung des Processus vermiformis in's Coecum, doch sei eine multiple Stenosirung nicht ausgeschlossen.

Im Grossen und Ganzen fände sich im Lauf der Entwickelung einer Apendicitis stets dasselbe Bild: Catarrh der Schleimhaut, dadurch leichte Stenose, Stauung, oberflächlich Epitheldefecte, Stenosirung in höherem Maasse, vollständige Verwachsung des Lumens. Dadurch Secretstauung unterhalb der Stenose, und endlich Folgeerscheinungen je nach der Natur des Secrets. Bildung von Ulcera und endlich Perforation. Der Perforationseffect ist nicht unweigerlich immer vorhanden, es kommt bisweilen zu Cystenbildung. Diese Cysten können sehr grosse Dimensionen annehmen und vielkammerig sein. Wenngleich der Cysteninhalt mitunter harmlos sein kann, so macht die Cyste an sich schon gründlich Beschwerden. Andererseits besteht der Cysteninhalt häufig aus virulentem Eiter oder im durch die Stenose abgeschnürten Stück finden sich Kothsteine.

Je nach der Lage des Proc. vermiformis und nach der Beschaffenheit des abgesackten Cysteninhalts sind die Consequenzen einer etwaigen Perforation sehr verschieden. Zudem braucht die Perforation nicht durch ein Ulcus zu geschehen, sondern sie kann capillar sein. Die Perforation kann in die Blase oder den Mastdarm geschehen, was relativ günstig ist und unter Adhaesionsbildung zur Abheilung gelangen kann, oder aber das Exsudat ergiesst sich in die freie Bauchhöhle und erzeugt dort je nach seinem Charakter Peritonitiden oder circumscripte Abscesse und Phlegmonen von verschiedener Malignität. (Sero-fibrinöse, purulente, circumscripte oder diffuse Peritonitiden).

Hinsichtlich der Therapie seien die Chirurgen in 2 Lager getheilt, die einen verlangen Operation in allen Peritonitisfällen —, die anderen sagen: man dürfe bei diffuser Peritonitis nicht operiren, sondern müsse ein Intervall zwischen 2 Anfällen abwarten. Von den inneren Klinikern wird ausserdem das Postulat aufgestellt, mann solle nicht früher operiren als bis ein 3-ter aufgetreten sei, da nicht selten Fälle zur Beobachtung gekommen seien, die nach einem oder zwei Anfällen abgeheilt wären.

Zoege hält die Operation bei den diffus-fibrinös-eitrig-progredienten Peritonitiden (Mikulicz) für aussichtslos, da die vorhandenen Abscesse multipel und nicht alle immer auffindbar sind und die Schwarten sehr fest haften.

Bei den sero-purulenten Fällen ist der Erfolg schon besser, und rein seröse Exsudate bilden sich schon unter heissen Säcken zurück, die serös-haemorrhagischen Fälle geben eine gute Prognose, die jauchigen Formen lassen sich vielleicht doch noch mitunter operiren, wenn schon die Prognose hier sehr schlecht ist.

Die Operation der circumscripten Peritonitiden giebt im acuten Stadium eine gute Prognose; es thut aber schnelles Eingreifen noth, wegen der Tendenz des Eiters zum Wandern. Nach der Operation restiren häufig Hernien, die eine nochmalige Operation wünschenswerth machen. Im Intervall ist die Operation sehr einfach — durch einen 10—12

Cmt. langen Schnitt wird der Proc. vermif. freigelegt, er selbst dann von den Adhaesionen gelöst und resecirt. Sind keine wesentlichen Adhaesionen vorhanden, so ist die Operation in ungemein kurzer Zeit beendet, und in 10—12 Tagen kann der Patient als geheilt entlassen werden. Daher erscheint es Zoege unberechtigt 3 Attacken abzuwarten ehe man operativ eingreift, da die Gefahr, die ein Recidiv mit sich trägt, keine so geringe ist. Die Cysten führen eben nicht immer harmlosen Inhalt, und der Patient befindet sich nach dem ersten Anfall in ewiger Sorge und Unruhe, da er bei dem geringsten Diätfehler oder der kleinsten Unvorsichtigkeit gewärtig sein muss einen neuen Anfall zu acquiriren. Die Fälle, die nur einmal einen Anfall aufweisen, sind nach Zoege's Meinung nicht wohl zu constatiren, da das Leiden nach Jahren und Jahren durch irgend eine Gelegenheitsursache ausgelöst werden kann. Jeder neue Anfall complicire das Krankheitsbild und erschwere die Operation ganz unnütz durch Adhaesionen, die einmal gelösten Adhaesionen begünstigten blos das Zustandekommen neuer, und der Patient hat während seines Krankenlagers nach der Operation mehr Beschwerden.

Sehr wünschenswerth wäre es aber, wenn dem Chirurgen Gelegenheit gegeben würde, während des Anfalls selber seine Beobachtung am Krankenbett zu machen, da die Art der Attacke ihm sehr werthvolle Fingerzeige für die Operation zu geben im Stande sei.

Discussion:

Dehio meint, man könne Zoege nur dann in seiner Indicationsstellung für die Operation Recht geben, wenn nachgewiesen wird, dass in jedem Fall ein Recidiv erfolgen muss. Nach Rieder gäbe es 2 Formen von Apendicitis:

1) Apendicitis simplex granulosa mit eitrig schleimigem Exsudat. (50 pCt. sämmtlicher Fälle, gute Prognose) und

2) Apendicitis, die durch circumscripte Veränderungen complicirt sei und mit Perforationsgefahr verbunden sei (die anderen 50 pCt.).

Erstere brauche nicht zu recidiviren. Dehio habe öfters bei Sectionen Hydrops und Adhaesionen gefunden, die intra vitam gar keine Beschwerden gemacht hätten. Man könne daher nach einer erstmaligen Attacke nur von einer Recidivgefahr sprechen, aber nicht von einem unweigerlich zu erwartenden Recidiv. Daher meint Dehio, dass es in vielen Fällen nicht nöthig sei den Patienten der, wenn auch geringen — so doch immerhin bestehenden Operationsgefahr, wenn auch nur von Seiten des Chloroforms, zu unterwerfen.

Zoege sagt, der behandelnde Arzt sei nie in der Lage einem Patienten, der eben eine Apendicitis überstanden hat, die Gewähr zu leisten, er würde nun so oder so lange vor einem Recidiv sicher sein. Dazu fehlten eben alle diagnostischen Merkmale. Im Intervall sei die Operationsgefahr gleich 0 zu setzen. Rein klinisch behandelte Fälle heilten eben auch nur rein klinisch — nicht aber pathologisch-anatomisch. Es fehlte zum Recidiv nur die Gelegenheitsursache.

Dehio. Es kämen nur solche Fälle zur Operation, die öfters klinische Symptome gemacht hätten. Es gäbe auch solche Fälle, die nur einmalig aufträten. Bei Sectionen fänden sich Veränderungen am Proc vermiformis äusserst selten als zufälliger Befund.

Zoege meint das läge daran, weil man überhaupt bei der Section dem Apendix keine Beachtung geschenkt hätte. Er hätte zudem schon oft operirt, ohne dass klinische Symptome vorhergegangen seien.

Kessler erinnert an einen mehreren Collegen bekannten Fall, wo sich bei der Section (Patient war an einer Verkalkung der Coronararterie gestorben und hatte 7 Jahre vor seinem Tode eine erstmalige einmalige Apendicitis überstanden) sehr grosse Adhaesionen vorfanden und fragt, wie sich in solchen Fällen die Operationsgefahr stelle.

Zoege. Derartige Fälle seien sehr selten. Im Allgemeinen stehe die Operationsgefahr im directen Verhältniss zum Leiden.

Zoege sagt seinen Patienten, wenn sie ihn über die Operationsgefahr fragten: «Die Operation würde weniger gefährlich sein wie ihr Leiden, bliebe es unoperirt».

Dehio. Es gäbe auch abortive Apendicitiden, die kaum Beschwerden und Symptome machten. Solle man denn die auch sofort operiren — oder sei es hier nicht gebotener zu warten?

Zoege. Mit derselben Berechtigung, wie er auf die 3-te Attacke warten könne, könne er ja dann auch auf die 4-te oder 5-te und 6-te warten. Er sähe da keinen Unterschied. Es gäbe auch solche Fälle, die nur ein Recidiv gemacht hätten und die dann bei der Section als zufälligen Nebenbefund eine grosse Gefahr von Seiten des Apendix offenbarten. Er hätte auch solche ganz leichte Fälle operirt und doch schon Stenosen gefunden.

Dehio. Erst der II. Anfall liefere den Beweis für die eingetretene patholog.-anatomische Veränderung, und lege den Gedanken nahe, dass noch weitere Recidive erfolgen würden.

Zoege. Erst kürzlich sei hier in Dorpat ein Patient im II. Anfall gestorben, das gäbe doch zu denken.

Manteuffel führt einen analogen Fall an.

Boettcher.

Vermischtes.

— Mittelst Allerhöchsten Gnadenbriefes sind dem Ober-Militär-Medicinalinspector und Präsidenten des Gelehrten Militär-Medicinischen Comités, Ehrenleibmedicus wirkl. Geheimrath Dr. Adolph Remmert die Brillant-Insignien des Alexander Newski-Ordens Allergnädigst verliehen worden.

— Der Ehren-Leiboculist, berathendes Mitglied des Militär-Medicinischen Gelehrten Comités und Bezirksoculist des St. Petersburger Militärbezirks, Geheimrath Dr. Tichomirow ist zum Leiboculisten des Allerhöchsten Hofes ernannt worden, mit Belassung in den von ihm bisher bekleideten Aemtern.

— Befördert: Zu Geheimräthen — die berathenden Mitglieder des Militär-Medicinischen Gelehrten Comités DDr. Lewschin (Moskau), L. Popow und Roschtschinin (St. Petersburg). Zu wirklichen Staatsräthen — der Vicedirector des Medicinaldepartements Dr. Malinowski und der Gouvernements-Medicinalinspector von Plotzk, Dr. Sinowitsch-Kaschtschenko.

— Ordensverleihungen: Der St. Stanislaus-Orden I. Classe — dem Prof. emer. der Syphilidologie und Dermatologie an der Kasaner Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Gay und dem Professor der Militär-Medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath Dr. M. Subbotin. Der St. Wladimir-Orden 3. Classe — dem ausseretatsmässigen Arzt des Kais. Hauptquartiers, Inspector des Hof-Medicinalwesens, Professor der Militär-Medicinischen Academie, Leibchirurg, wirkl. Staatsrath Dr. Weljaminow. Der St. Wladimir-Orden 4. Classe — dem Director der Golizyn'schen Schule in St. Petersburg, Dr. Arthur Wagner; dem etatsmässigen Arzt der Abtheilung für ambulante Kranke am Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg. Dr. Serck und dem jüngeren Ordinator des Klinischen Elisabeth-Hospitals Dr. N. Huhn. Der St. Annen-Orden 2. Classe — dem Arzt des hiesigen Xenia-Instituts Dr. Brunner. Der St. Stanislaus-Orden 2. Classe — dem ausserordentlichen Professor der Chirurgie an der Universität Jurjew (Dorpat), Dr. Zoege v. Manteuffel und dem Arzt an dem Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg, Dr. Richard Peters.

— Verstorben: In St. Petersburg am 23. December, an den Folgen einer Pneumonie, der Augenarzt Dr. med. M. Berenstein im Alter von 36 Jahren. B., gebürtig aus Suwalki, hatte 1884—1890 in Dorpat Medicin studirt und wurde daselbst 1891 zum Dr. med. promovirt. Danach arbeitete er an mehreren Augenkliniken und andern wissenschaftlichen Instituten Deutschlands (Königsberg, Berlin, München). 1895—1900 practicirte B. als Augenarzt in Lodz, wo er zugleich am Ambulatorium des Rothen Kreuzes thätig war. Anfangs 1900 arbeitete er bei Leber in Heidelberg: seit dem Juli war er in St. Petersburg als Volontairarzt der Augenheilanstalt beschäftigt. B. hat mehrere wissenschaftliche, meist ophthalmologische, Arbeiten in verschiedenen Zeitschriften publicirt; die letzte ist soeben erst im Archiv für Ophthalmologie erschienen. B. zeichnete sich durch ernstes wissenschaftliches Streben und gründliche Kenntnisse aus und erfreute sich als fein gebildeter, zu den besten Hoffnungen berechtigender College allgemeiner Sympathie. (B.) — 2) In Kursk der Landschaftsarzt Jefim Puzenko im Alter von 65 Jahren. Er hat fast 40 Jahre die ärztliche Praxis ausgeübt. — 3) In Paris am 5. Januar n. St. Prof. Dr. Potain, einer der bedeutendsten und gesuchtesten Kliniker Frankreichs. Er war Professor der inneren Medicin an der Pariser medicinischen Facultät, Mitglied der Academie der Wissenschaften und seit 1894 Nachfolger des berühmten Charcot im Institut. Er ist besonders bekannt geworden durch seinen Apparat zur Aspiration pleuritischer Ergüsse.

— Der langjährige Professor der therapeutischen Hospitalklinik der Moskauer Universität, wirkl. Staatsrath Dr. A. Ostroumow, ist auf eigenes Ersuchen verabschiedet worden.

— In der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit wurde zum Vorsitzenden der III. (hygienischen) Section Professor Schidlowski und zum Vorsitzenden der IV. Section (für Schulhygiene) Prof. N. Gundobin gewählt.

— In den letzten Tagen des verflossenen Jahres begingen acht hiesige Aerzte das 35jährige Jubiläum ihrer

ärztlichen Thätigkeit, und zwar die Professoren W. Dobrowolski und N. Iwanowski, der Leibocu-list N. Tichomirow, der Ehren-Leibmedicus Dr. E. Go-lowin, der Hofmedicus Dr. I. Michel, der Oberarzt der Irrenanstalt Nikolai Tschudotworez Dr. O. Tsche-tschott, sowie die Aerzte Dr. N. Winter und W. Je-lowski. Sämmtliche ebengenannte Aerzte haben ihre me-dicinischen Ausbildungen an der ehemaligen Medico-Chirurgi-schen Academie erhalten.

— Am 23. December v. J. vollendeten sich 25 Jahre der wissenschaftlichen und pädagogischen Thä-tigkeit des Professors der Hospitalklinik an der Militär-Medicinischen Academie, Dr. Th. Pasternacki.

— Wie bereits von der medicinischen Facultät, so ist jetzt auch vom Conseil der Kiewer Universität von den 14 Be-werbern der Jurjewer Professor Dr. Muratow auf den vacanten Lehrstuhl der Geburtshilfe gewählt worden, und zwar mit 59 gegen 4 Stimmen. Zu seinem Nachfolger auf dem Lehrstuhl der Gynäkologie und Geburtshilfe an der Uni-versität Jurjew (Dorpat) soll, wie verlautet, Dr. A. N. Sso-lowjew, welcher seit 30 Jahren ärztlich thätig ist und fast 20 Jahre als Privatdocent an der Moskauer Universität gewirkt hat, in Aussicht genommen sein.

— Zum stellvertretenden Director und Ober-arzt des hiesigen städtischen Nikolai-Kin-derhospitals ist Dr. Nikolai Wjashlinski. Di-rector der Roshdestwenski-Schule des weiblichen patriotischen Vereins, ernannt worden.

— Dr. Martin v. Hoerschelmann ist, der «Estl. Gouv.-Ztg.» zufolge, zum stellvertretenden Stadt-arzt von Hapsal ernannt worden.

— Auf den durch Prof. Gegenbauer's Rücktritt er-ledigten Lehrstuhl der Anatomie in Heidelberg ist Prof. Fürbringer aus Jena berufen worden, an dessen Stelle wieder Prof. Maurer, bisher Prosector in Heidelberg zum ordentlichen Professor der Ana-tomie in Jena ernannt worden ist.

— Der ordentliche Professor der Physiologie an der Uni-versität Göttingen, Dr. Georg Meissner, tritt wegen vorgerückten Alters in den Ruhestand. Zu seinem Nach-folger ist der Prof. extraord. Dr. Verworn in Jena er-nannt worden.

— Der I. allrussische Chirurgen-Congress wurde am 28. December v. J. um 10 Uhr Vormittags im Lo-cal des Aerzteclubs in Moskau unter Betheiligung von 220 Congressmitgliedern eröffnet. Der Vorsitzende des Organi-sationscomités Prof. Djakonow eröffnete die Sitzung mit einer Ansprache, in welcher er auf die erfreuliche Erschei-nung hinwies, dass es möglich geworden ist, einen selbst-ständigen russischen Chirurgen-Congress einzuberufen. Zum Präsidenten des Congresses wurde Prof. Sklifossowski, zum Vicepräsidenten der Landschaftsarzt Bogajewski aus Krementschug gewählt. In den Vorstand wurden die DDr. Bereskin, A. Bobrow, P. Djakonow, S. Djern-shinski, A. Martinow F. A. Rein, F. I. Sinizyn und A. N. Ssolowjew gewählt. In seiner Eröffnungs-rede als Präsident soll Prof. Sklifossowski, wie dor-tige Blätter berichten, die Ansicht ausgesprochen haben, dass die russischen gelehrten Chirurgen hinter den Gelehrten Westeuropas nicht nur nicht zurückständen, sondern in mancher Hinsicht denselben den Vorrang abgerungen hätten! Zum Schluss der Sitzung überreichte Prof. A. Bobrow dem Prof. Sklifossowski im Namen seiner ehemaligen Schüler als Zeichen der Anerkennung seiner 40jährigen wis-senschaftlichen Thätigkeit eine Sammlung chirurgischer Ar-beiten, zu welcher 32 Autoren Beiträge geliefert haben.

— Von der Commission zur Verhütung einer Einschleppung der Pest wird bekannt gemacht, dass im Jahre 1901 die muhamedanischen Pilgerzüge nach Mekka und Medina nur auf folgender Grundlage gestattet werden: Der Pilger verpflichtet sich auf dem See-wege über einen der Häfen des Schwarzen Meeres nach Hedschas zu reisen und auf dem Seewege via Feodossija oder Batum heimzukehren. In der Quarantäne dieser Häfen wer-den die Pilger gebadet und deren Kleider und Wäsche des-inficirt, worauf solches in den Pässen vermerkt wird. Wer sich diesen Vorsichtsmassregeln entzieht, unterliegt einer Strafe auf Grund des Art. 29 der Friedensrichtergesetze.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civil-hospitälern St. Petersburgs betrug am 23. Dec. d. J. 8126 (297 wen. als in d. Vorw.), darunter 417 Typhus — (26 wen.), 810 Syphilis — (62 wen.), 303 Scharlach — (5 mehr), 96 Diphtherie — (10 wen.), 39 Masern — (7 wen.) und 18 Pockenkranke — (4 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 17. bis zum 23. December 1900.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
311	270	581	167	45	129	19	6	23	54	60	61	50	40	28	10	1

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 17, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 15, Scharlach 17, Diphtherie 28, Croup 0, Keuchhusten 3, Croupöse Lungen-entzündung 24, Erysipelas 3, Grippe 7, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheu-matismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 2, Tuberculose der Lungen 77, Tuberculose anderer Organe 24, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 45, Marasmus senilis 16, Krankheiten der Verdauungsorgane 29, Todtgeborene 29.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 9. Jan. 1901.

Tagesordnung: E. Moritz: Ueber Lebensprognosen.

Wahl des Vorstandes.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 15. Januar 1901

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger** und **Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.
Берта Федоровна Панова, Спасская ул. д. 24, кв. 7.
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Дозв. ценз. Спб., 5 Января 1900 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 2 St. Petersburg, 13. (26.) Januar 1901

Ueber Sympathicusneuralgieen und den krankhaften Reizzustand des Sympathicus überhaupt, mit besonderer Berücksichtigung der krankhaften Empfindungen der Bauch- und Beckenhöhle und ihrer Beziehungen zum Sympathicus und Vagus.

Vorläufige Mittheilung

von

Dr. Max Buch,

Chefarzt des finnischen Dragoner-Regimentes in Willmanstrand, Finnland.

(Autoreferat eines Vortrages in der psychiatrischen und neuropathologischen Gesellschaft zu St. Petersburg am 8. December (25. November) 1900 und in der finnischen Aerztegesellschaft zu Helsingfors am 20. October 1900.)

Verf. hat 1889 auf Neuralgien des Lendensympathicus und seiner Geflechte an der Wirbelsäule als eine besondere Form der Gastralgie aufmerksam gemacht. Da die modernen medicinischen Lehrbücher seit Henoch die Gastralgieen und Cardialgieen kategorisch als Neuralgieen des Vagus und nur des Vagus bezeichnen, ja bezweifeln, dass der Lendensympathicus überhaupt sensible Fasern führt, hat Verf. zunächst die Sensibilitätsverhältnisse des Sympathicus und Vagus studirt.

Er kommt bezüglich des Sympathicus zu folgendem Resultat: Bei gesunden Thieren sind alle Theile des Sympathicus gegen alle Reizqualitäten völlig unempfindlich, mit alleiniger Ausnahme der Splanchinici, welche schmerzempfindlich sind. Durch lange fortgesetzte Reizung dagegen, sowie durch Etablirung einer Entzündung oder Hyperämie im Sympathicus können alle Theile des Sympathicus constant in hohem Grade schmerzempfindlich gemacht werden, die Ganglien stärker als die Fäden. Schliesslich ist es selbstverständlich, dass im Sympathicus auch Neuralgien und Hyperästhesien vorkommen, gleichwie in anderen sensiblen Nerven.

Der Vagus ist von jeher als sensibler Nerv des Magens aufgefasst worden. Verf. fand gleich den wenigen anderen Verfassern, die den Bauchvagus auf seine Schmerzempfindlichkeit untersucht, den Bauchvagus völlig unempfindlich. Die nur geringe Schmerzempfindlichkeit, die Schiff am Hunde sah, dem einzigen Thiere, an dem sie überhaupt beobachtet worden, erklärt Verf. durch Beimischung sympathischer Fasern aus folgenden Gründen: 1) Die Art der Schmerzempfindlichkeit des Hundevagus gleicht völlig der am Sympathicus. 2) Longet hat am Halsvagus gefunden, dass derselbe bei derselben Thierart bald sensibel, bald insensibel ist und unter denselben Umständen schmerzempfindlich wird wie der Sympathicus. 3) Beim Hunde ist der Halstheil des Sympathicus und Vagus zu einem gemeinsamen Stamm verschmolzen, weshalb es wahrscheinlich ist, dass bei diesem Thiere sensible Fasern des Sympathicus auf dem Wege des Vagus zum Halssympathicus verlaufen.

Die Erscheinungen der Hyperästhesie und Neuralgie des Sympathicus hat Verf. 12 Jahre studirt.

Der Untersuchung zugänglich ist der Hals-, Lenden- und Beckensympathicus.

Bei gesunden Menschen ist der Sympathicus völlig unempfindlich auch gegen recht festen Druck.

Hyperästhesie kann auftreten überall wo Sympathicusfasern und -Ganglien in grösserer Menge vorkommen, besonders aber an den Grenzsträngen und den diese verbindenden und von ihnen ausgehenden Geflechten.

Die Anwesenheit von Hyperästhesie bedingt nicht immer Neuralgie, wohl aber ist bei Neuralgie immer Hyperästhesie vorhanden.

Neuralgien des Sympathicus treten an denselben Stellen auf wie die Hyperästhesien, vornehmlich in der Nähe der Mittellinie des Körpers. Die Neuralgieen des Lenden- und Beckensympathicus sind die häufigsten und treten in Form von Cardialgieen und Gastralgieen auf, welche nicht in den Magen zu verlegen sind, sondern in den Lendengeflechten des Sympathicus ihren Sitz haben, was bei Gastroptose besonders deutlich ist. Doch

wird gelegentlich auch Hyperästhesie und Neuralgie der Weichtheile beobachtet.

Die Neuralgie des Sympathicus ist dadurch charakterisirt, dass man durch Druck auf den hyperästhetischen Sympathicus einen Schmerz hervorruft, der dem spontanen Leibweh sehr ähnlich oder ganz identisch mit ihm ist, beziehungsweise den spontanen Schmerz verstärkt, wenn er während der Untersuchung vorhanden ist.

Durch Druck auf den hyperästhetischen Sympathicus kann man in solchen Fällen häufig auch die Nebensymptome der spontanen Schmerzanfälle in Form von Irradiationen oder Reflexen hervorrufen. Solche Symptome sind: verschiedene Formen von Kopfweh, Kreuzschmerzen, neuralgiforme Schmerzen an verschiedenen Körperstellen, Globusgefühl, Gürtelgefühl, Pyrosis, Speichelfluss, Aufstossen, Erbrechen und alle Symptome der nervösen Dyspepsie. Alle diese Symptome gehören somit auch dem Sympathicus an.

Der Schmerz ist in diesen Fällen nur eines der Symptome eines pathologischen Reizzustandes im Sympathicus und neben dem Schmerz treten stets mehr oder weniger zahlreiche anderweitige Symptome einer erhöhten Erregbarkeit des Sympathicus auf, welche nicht etwa vom Schmerz abhängen, sondern diesem coordinirte gleichwerthige Symptome eines krankhaften Reizzustandes im Sympathicus darstellen. Dieser bildet ja ein reiches Conglomerat der wichtigsten Nervenverrichtungen, und je nach der topographischen sowohl als systematischen Localisation des Reizzustandes können die verschiedensten Nervenapparate des Sympathicus gestört, erregt oder gehemmt sein. Die eigentliche Krankheit, von welcher der Schmerz nur ein Symptom darstellt, ist somit gerade dieser Reizzustand des Sympathicus, welchen Verf. daher vorschlägt mit einem eigenen Namen zu versehen und ihn Sympathicismus zu nennen.

Gleichwie Scrophulose, Lungenschwindsucht, Tumor albus, Lupus etc. nur Erscheinungsformen der Tuberculose darstellen, so sind auch nervöse Dyspepsie, Gastralgie und Cardialgie, Ovarie, Neuralgia uteri, Hemicranie und andere Formen von Kopfweh, Angina pectoris etc. nur Erscheinungsweisen des Sympathicismus.

Verf. hat auch die Ursachen des Sympathicismus, die pathologische Anatomie und Histologie, Differentialdiagnose und Behandlung desselben studirt.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

P. J. Moebius: Ueber den physiologischen Schwachsinn des Weibes. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Nerven- etc. Krankheiten. III Bd. Heft 3. Zweite Auflage). Halle a. S. Marhold.

Ein Schriftchen, das schon viel Besprechung und fast noch mehr Widerspruch gefunden. Und doch kann es Referent mit gutem Gewissen nicht nur dem Interesse der Fachcollegen, sondern auch dem Laienpublikum empfehlen. Der grösste Fehler des Büchlein's ist vielleicht sein Titel, den der das Paradoxe liebende Verfasser der Welt zum Trutz gewählt. Seine Ausführungen sind dafür umso gerechtfertigter; sie bezwecken in überzeugungskräftiger Weise den Nachweis zu liefern, dass des Weibes Aufgabe κατ'ἐξοχήν der Mutterberuf ist; diesem Zweck dient auch die intelectuell zweifellos geringere Veranlagung des Weibes (darunter versteht Moebius aber den «Schwachsinn»). Das Streben des Weibes nach Herrschaft auf gesellschaftlichem Gebiet, im «Salon», ist ein Zeichen des Herabgangs, der Degeneration; diese «Emancipation» im französischen Sinn ist ein ebensolches Unding wie die Emancipation der Anglo-Amerikaner, welche ein Männergehirn im Weiberkopfe zu erzielen bestrebt sind. Beide Richtungen entfremden das Weib seinem edelsten und höchsten Berufe. Da nun aber nicht alle Mädchen heirathen können, auch manche Ehen kinderlos bleiben, so muss die geeignete Arbeit für diese Individuen gefunden werden: sie kann gefunden werden in möglichster Annäherung an den Mutterberuf, z. B. in der Kranken- und Kinderpflege, im Unterricht, im Haushalt, in Handarbeit und dgl. m. In manchen Einzelheiten geht der Verfasser ein bischen weit, so lässt er z. B. die schon von Natur «schwachsinnigen» Weiber auch früh «versimpeln» (S. 30). Der Grundzug des Büchlein's ist unbestreitbar wahr und schön wär's, wenn manchem «Feministen» und Emancipationsschwärmer die Augen darüber aufgingen, dass nicht jahrtausende lange Knechtung den Intellect des Weibes geschwächt, sondern die allweise Vorsehung durch diese Vertheilung ihrer Geistesgaben die Entwickelung und den Fortschritt des Menschengeschlechts gefördert und gesichert hat.

Voss.

L. Pfeiffer: Taschenbuch der Krankenpflege. Weimar 1900, Böhlau's Nachfolger.

Das vorliegende Büchlein ist vorwiegend ein Lehr- und Nachschlagebuch für Pfleger und Pflegerinnen, kann indessen auch jedem Laien ein Rathgeber beim Krankenbett sein. In kurzen Umrissen werden die Grundbegriffe der Anatomie und der Physiologie gegeben und der Forderungen gedacht, welche die Hygieine an die Beschaffenheit der Wohnung stellt (Bauart, Ventilation, Heizung, Abort). Ein Capitel handelt über Desinfectionsmittel und eines giebt die Anleitung zur Pflege bei verschiedenen wichtigen inneren Erkrankungsformen; an anderer Stelle wird der Pflege bei ansteckenden Krankheiten gedacht und von den Schutzmaassregeln bei den einzelnen Infectionskrankheiten gesprochen. Endlich finden sich practische Winke für die Begleitung eines Kranken zu Brunnen- oder Badecuren, für die Pflege bei Idioten, Epileptikern, Gelähmten etc. Die erste Hilfeleistung bei Unglücksfällen und Verletzungen, die Anlegung des ersten Nothverbandes und des antiseptischen und aseptischen wird besprochen. Zum Schluss findet sich ein Verzeichniss der am meisten angewandten Arzneilösungen.

Lingen.

K. B. Lehmann. Die Methoden der practischen Hygiene. Lehrbuch zur hygienischen Untersuchung und Beurtheilung, für Aerzte, Chemiker und Juristen. Wiesbaden, J. F. Bergmann 1901.

W. Prausnitz. Grundzüge der Hygiene, unter Berücksichtigung der Gesetzgebung des deutschen Reichs und Oesterreichs. München, J. F. Lehman 1901.

Zwei Werke die das Kind der letzten Jahrzehnte des verflossenen Jahrhunderts, die Hygiene zum Thema haben sind beide vor genau 10 Jahren in erster Auflage erschienen. Während aber das erste jetzt erst seine zweite Auflage erlebt, erscheint das zweite bereits in 5-ter. Das letztere behandelt das grosse Gebiet der Hygiene in allen ihren Theilen, giebt dem Leser einen Ueberblick und ist nur z. Th. als Nachschlagebuch verwendbar, da es auch nur die wichtigsten Literaturangaben enthält. Es ist ein Lehrbuch das in knapper Form aber übersichtlich und mit schematischen Abbildungen versehen dem Studenten aber auch jedem gebildeten Menschen der sich für seine, seiner Familie und seiner Nächsten Gesundheit interessirt, die nöthige Aufklärung giebt. Dass die neuesten Errungenschaften berücksichtigt sind ist selbstverständlich.

Das Lehmann'sche Werk ist dagegen nur für den mit entsprechender Vorbildung versehenen Arzt oder Chemiker bestimmt, der darin ein Nachschlagebuch beim Arbeiten findet. Von den Methoden sind die zuverlässigsten detaillirt gegeben, die Apparate z. Th. in Zeichnungen reproducirt, die Literatur vollständig aufgeführt. Für Laboratorien unentbehrlich, wird das bereits aus erster Auflage bekannte Buch viel Freunde finden.

Ucke.

Th. Ziehen: Ueber die Beziehungen der Psychologie zur Psychiatrie. (Jena, G. Fischer 1900).

Während in früherer Zeit Psychologie und Mystik die Auffassung von den Geisteskrankheiten beherrschten, brach sich dank den wachsenden anatomischen Kenntnissen die Erkenntniss Bahn, dass alle Geistesstörungen in engster Beziehung zu dem Gehirn und speciell zu dessen Rinde ständen. Eine Zeitlang wurde nun die Psychologie gänzlich bei Seite geschoben. Arbeiten anatomischen Inhalt's beschäftigten Psychiater und Neurologen; jetzt beginnt eine neue Aera, fussend auf den experimentell-psychologischen Forschungen eines Fechner und Wundt. Die Anwendung der Resultate und Methoden der genannten Forscher auf dem Gebiet der Psychiatrie gehört der neuesten Zeit an. Die psychophysische Untersucuung ist auf manchen Kliniken Deutschland's wenigstens, ein wichtiger Factor der psychiatrischen Diagnostik geworden. Verf. giebt eine kurze Schilderung der gebräuchlichsten Methoden und Apparate. Leider sind die interessanten Ausführungen, wie es ja einem Vortrag entspricht, nur sehr kurz und gedrängt.

Voss.

Atlas und Grundriss der pathologischen Anatomie. I. Band: Circulations-, Respirations- und Digestionsapparat, sowie Leber, Gallenwege und Pancreas. 2. Auflage. München. J. F. Lehmann. (Lehmann's medicinische Handatlanten Bd. XI.)

Wenn bereits Stimmen laut wurden, die das lebendige Wort im Unterricht an den Universitäten ganz missen zu können glauben, so liesse sich der Anschauungsunterricht beim Studium der Medicin vorläufig keinesfalls entbehren. Im Hinblick auf die schön ausgeführten Werke mit farbigen Wiedergaben der verschiedenen Objecte mit denen der Arzt es zu thun hat, könnte man glauben, dass bald auch für die Medicin ein Bücherstudium genügen könnte. Dem ist nun glücklicherweise nicht so, denn auch die schönsten farbigen Reproductionen sind nicht im Stande die Nuancen der Natur genau wiederzugeben und können das Studium am lebenden Object und an der Leiche und die Anleitung des erfahrenen Lehrers nicht ersetzen. Als Unterstützung zum Unterricht, um sich das bereits Gesehene lebhafter ins Gedächtniss zu rufen, ist der Atlas von Bollinger zu empfehlen und der kurz gefasste Text erleichtert das Studium und das Erkennen. Naturgemäss ist nicht Alles gleich leicht naturgetreu wiederzugeben, wie ja auch Manches überhaupt auf Abbildungen nicht wiedererkannt werden kann: so drängen die Herz- und Gefässerkrankungen fast sofort zur richtigen Diagnose (die Pigmentirung des Herzfleisches ist z. B. sehr gut wiedergegeben), während von den anderen Organen manche Diagnose schwankend bleibt.

Ucke.

Pawlow, J. P.: Das Experiment als zeitgemässe und einheitliche Methode der medicinischen Forschung. Dargestellt am Beispiel der Verdauungslehre. Uebersetzung von Dr. A. Walther. Wiesbaden. J. F. Bergmann.

Dieser Vortrag, in der Gesellschaft russischer Aerzte zu St. Petersburg gehalten, mag vielen Collegen aus dem russischen Original bekannt sein; dem Auslande macht erst die Uebersetzung denselben zugänglich.

Die Thatsachen betreffs der Verdauungslehre, die aus dem Laboratorium von Pawlow hervorgegangen sind, werden hier dazu verwerthet, dem Thierexperiment den gebührenden Platz nicht nur in der Physiologie sondern auch in der Pathologie und Therapie anzuweisen.

Nur aus den kritisch analysirten Erscheinungen des Thierversuches lassen sich bindende Schlüsse für therapeutisches Handeln schöpfen und darum soll dem experimentellen Studium ein weiter Spielraum gelassen werden.

Ausser dieser Grundidee giebt das Buch noch vielfache Anregung für Experimentator und praktischen Arzt.

Ucke.

Protokoll des XII. Aerztetages

der Gesellschaft livländ. Aerzte in Wenden vom 31. August bis zum 2. September 1900.

Zweite Sitzung.

Donnerstag den 31. August 1900.

1. Der Präses, Herr Dr. Treymann, spricht sein Bedauern aus, dass die Vorträge der Herren Dr. O. Waeber und Dr. Th. Pacht leider ausfallen müssen, wegen Abwesenheit der durch ihre Praxis am Erscheinen verhinderten Collegen.

2. Dr. W. Vierhuff-Riga. **„Ueber das Vorkommen von Magen-Darmkrebsen in jüngeren Lebensperioden".**

Die Thatsache, dass der Krebs vorwiegend eine im späteren Lebensalter auftretende Krankheit ist, sowie sein seltenes Vorkommen im jugendlichen Lebensalter beherrscht unser klinisches Denken in so hohem Masse, dass wir uns, im Banne dieser Erscheinung stehend, am Krankenbette nur schwer dazu entschliessen, bei einem auf Carcinom verdächtigen, einer jüngeren Lebensperiode angehörenden Kranken diese Diagnose zu stellen. Denn wer ist nicht in die Lage gekommen, im Vertrauen auf die Stichhaltigkeit des Gesetzes der klinischen Wahrscheinlichkeitsrechnung allein um ihretwillen die Möglichkeit einer carcinomatösen Neubildung zurückzuweisen, trotzdem beim Beurtheilen und Abwägen der vorhandenen Krankheitserscheinungen sich die Wage unserer diagnostischen Gedankenarbeit zu ihren Gunsten senkte. Wie oft wird uns doch der Einwand gemacht: trotz der verdächtigen Erscheinungen lasse das noch junge Lebensalter unseres Kranken die Diagnose Krebs nicht zu! Und dennoch können wir uns in die Gefahr eines Irrthums begeben, wenn wir uns zu sehr auf die klinische Wahrscheinlichkeitsrechnung verlassen. Um so verhängnissvoller wird dieser Irrthum dort, wo es darauf ankommt die Krankheit möglichst frühzeitig zu erkennen, weil davon das Heil der Kranken abhängt, wie kaum bei einer anderen Krankheit. V. erwähnt die Statistiken Häberlin's, Hahn's, Lebert's Schäffer's, Bräutigam's, Reichart's, sowie die in frühen Lebensperioden beobachteten Fälle von Carcinomen des Magens, des Darmes, der grossen Unterleibsdrüsen von Wilkinson, Widerhofer, Cullingworth, Kaulich, Maydl, Nothnagel, Paltauf, Clar, Steiner, Spanton, Dunkan, Ebstein, Bednar, Quincke und Hoppe-Seyler, Oser, Hödlmoser, Hirschsprung.

Vierhuff selbst hat in den etzten Jahren 5 Fälle von Carcinom im früheren Lebensalter beobachtet, von denen 4 zur Autopsie gelangten, wobei die Diagnose durch die mikroskopische Untersuchung bestätigt wurde: ein Pyloruscarcinom bei einem 29-jährigen Manne und bei einer 30-jährigen Frau, ein Carcinom des Colon transversum bei einem 30-jährigen Manne, ein primäres Lebercarcinom bei einem 32-jährigen Manne. V. verliest die Krankengeschichten und spricht über die Frühdiagnose des Magencarcinoms, die meist mit unüberwindlichen Schwierigkeiten verbunden ist, da es in diesem Stadium keine eindeutigen Symptome giebt. Auch die Untersuchung des Magensaftes ergiebt in diesem Stadium meist keine positiven Anhaltspunkte, weil die HCl-Secretion noch normal und in Folge dessen eine Milchsäurebildung nicht möglich ist. Auch die Abwesenheit der freien HCl würde bei fehlender Milchsäure keine Diagnose zulassen, jedoch den Verdacht auf Carcinom lenken. Ebenso wenig Sicheres ergiebt im Frühstadium die Mikroskopie des Mageninhaltes. Die von Boas u. A. im Magensaft gefundenen und von ihnen als pathognomonisch für den Magenkrebs angesehenen fadenförmigen Bakterin stehen jedoch, wie weitere Untersuchungen erwiesen haben, weniger in Beziehung zum Carcinom als zur Milchsäure. Strauss hat sie in reichlicher Menge in einem Fall von Pylorusstenose gesehen, der wohl die Zeichen einer starken motorischen Insufficienz, aber keinerlei Anzeichen für Carcinom darbot. Wenngleich insbesondere bei den rasch wachsenden, weichen Carcinomen der Chemismus des Magensaftes in kurzer Zeit einer Aenderung unterliegen kann, mithin in zweifelhaften Fällen mehrfache in kurzen Intervallen vorgenommene Magensaftuntersuchungen schliesslich doch ein eindeutiges Resultat ergeben können, sind wir im Frühstadium doch meist auf die subjectiven Beschwerden und die Allgemeinerscheinungen angewiesen, die — wenn sie auch nichts Pathognomonisches darbieten — die Diagnose in eine bestimmte Richtung zu leiten vermögen. Unter den subjectiven Beschwerden wird oft als erste und constanteste der Appetitverlust angegeben. Die Angabe der Kranken, dass sie wohl essen möchten, das Verlangen jedoch nicht befriedigt werden könne, da bei jedem Versuche sich Widerwillen oder gar Unbehagen im Magen einstelle, ist eine characteristische. Diese Angabe verbunden mit der Wahrnehmung, dass in der letzten Zeit Leistungsunfähigkeit, Schwäche oder gar Abmagerung aufgetreten sei, haben sich dem Vortragenden öfters als initiale Symptome bewährt zu einer Zeit wo die Untersuchung des Magensaftes noch normale Verhältnisse ergab. Von Allgemeinerscheinungen ist das Fieber zu erwähnen, dessen Auftreten beim Magenkrebs zuerst in einwandsfreier Weise von Hampeln beschrieben worden ist. (D. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. VIII. und XIV). Es handelt sich um intermittirendes Fieber, das gelegentlich mit der Malaria ähnlichen Paroxysmen auftritt. -- Alle übrigen bekannten Symptome treten erst im weiteren Verlauf der Krankheit auf und ist daher der in letzter Zeit so häufig verlautbarte Wunsch nach Vervollkommnung unserer diagnostischen Hilfsmittel, die uns eine frühe Diagnose sichern, wohl begründet. Da es kein einziges Medicament giebt, das den Krebs heilen, ja auch nur in nennenswerther Weise bessern könnte, so ist es die Aufgabe der inneren Medicin, die Diagnostik zu fördern, damit die operative und einzig erfolgreiche Behandlung rechtzeitig eingeleitet werden kann. — Zum Schluss wird die Symptomatologie der Darmcarcinome unter zu Grundelegung der neuesten Arbeiten von Boas besprochen.

(Autoreferat).

Discussion:

Dr. Kusick-Reval. Zur Erweiterung der Casuistik in relativ jugendlichem Alter beobachteter Carcinome teilt K. 3 von ihm in seiner klinischen Praxis in Dorpat beobachtete Fälle mit. Von diesen handelte es sich in 2 Fällen um Pyloruscarcinom bei jugendlichen Individuen, die aber keinen

weiteren Unterschied gegenüber den im Alter beobachteten Carcinomen zeigten (palpabler Tumor, Fehlen der HCl).

Der III. Fall betraf eine junge Dame mit peritonealem Carcinom. Die Diagnose wurde durch die Bestimmung des spec. Gew. der durch Punction des Abdomens gewonnenen Flüssigkeit gestellt, wobei die von Neuenkirchen und Lunin aufgestellten Zahlen zu Grunde gelegt wurden.

Dr. Etzold-Hallist bittet um ausführlichere Angaben über die Technik der Bestimmung freier und gebundener Salzsäure.

Dr. Vierhuff-Riga. Die quantitative Bestimmung der freien Salzsäure wird in ähnlicher Weise wie diejenige der Gesammtacidität mittelst der Titrirmethode ausgeführt. Es werden zu einer bestimmten Menge Magensaft einige Tropfen einer ½ procentigen alcoholischen Lösung von Dimethylamidoazobenzol zugesetzt, wozu dann solange von der $^1/_{10}$ pCt. Normalnatronlauge zugeträufelt wird, bis die Neutralisation des Magensaftes eingetreten ist, was eine Gelbfärbung der nach dem Zusatz des Reagens rot aussehenden Flüssigkeit anzeigt. In analoger Weise wird die gebundene HCl durch Zusatz einer 1 pCt. Lösung von Natr. sulfo-alizarinic. zum Magensaft mittelst Titrirung quantitativ nachgewiesen und nach eingetretener Reaction die verbrauchte Menge Normal-Natronlauge an der auf dem Titrirapparat angegebenen Scala abgelesen und daraus die gebundene HCl ebenso wie die freie HCl durch eine einfache Rechnung bestimmt. Die Methode ist sehr brauchbar, dabei leicht und rasch ausführbar. V. wendet bei Gewinnung des Magensaftes fast ausschliesslich das Ewaldsche Probefrühstück an, welches von den Kranken meist lieber genossen und nicht so leicht erbrochen wird, wie die Probemahlzeit, die Riegel allerdings für gewisse Fälle bevorzugt.

Dr. Blindreich-Wolmar hat als ein häufiges Symptom für die Frühdiagnose des Magenkrebses das Auftreten von Schwäche in den Beinen beobachtet, noch bevor die wichtigsten dyspeptischen Erscheinungen, wie Erbrechen, Mangel an Salzsäure, auftreten.

Dr. v. Engelhardt-Riga. Das Ewald'sche Probefrühstück ergiebt ebenso wie die Riegel'sche Probemahlzeit nur relative Werthe für die Salzsäuresecretion. Ich bevorzuge das Ewald'sche Probefrühstück und habe keinen Grund gefunden davon abzugehen. Die Titrirung mit $^1/_{10}$-Normalnatronlauge und mit Phloroglucinvanillinlösung auf freie Salzsäure genügt vollkommen für Vergleichszwecke; es wäre daher wünschenswerth, dass die Prüfungen des Mageninhalts mit einheitlichen, unter einander vergleichbaren Methoden vorgenommen würden.

Was die Frühdiagnose des Magencarcinoms anlangt, so stehen wir derselben wohl recht hülflos gegenüber. Auch der früh eintretende Appetitverlust, den Coll. Vierhuff erwähnte, lässt sich nicht immer constatiren, andererseits erlebt man Fälle, wo die Acidität auf ein Minimum sinkt, Milchsäure vorhanden ist, und man einen Tumor zu fühlen glaubte. Spülungen brachten Genesung. (Der Patient lebt seit 5 Jahren ohne Beschwerden).

Dr. Treymann-Riga. Der in jugendlichem Alter auftretende Krebs scheint besonders rasch und bösartig zu verlaufen, sodass das Messer des Chirurgen in diesen Fällen die schlimmsten Resultate hat. 3 Fälle von Portiokrebs, die leicht und gut zu operiren waren (Exstirpatio totalis uteri vag.) gingen trotz anscheinend guter Aussichten in ¾—2½ Jahren zu Grunde bei jungen Frauen, deren Alter zwischen 26—29 Jahren betrug. Ebenso erinnert sich T. 3-er von einem Collegen operirter Fälle von Mastdarmkrebs bei 3 jungen Mädchen in demselben jugendlichen Alter mit demselben unglücklichen Ergebniss.

3. Dr. Bosse-Riga hält seinen angekündigten Vortrag **«Ueber die therapeutische Wirksamkeit des Digitoxins und des Digitalisdialysats».** (Erscheint in der St. Petersb. med. Wochenschrift).

Discussion:

Dr. Vierhuff-Riga. Es erscheint nur dann angezeigt ein altes, bewährtes Mittel durch ein neues zu ersetzen, wenn ersteres in Folge schädlicher Nebenwirkungen störende Erscheinungen mit hervorruft, das neue Mittel aber bei gleicher heilsamer Wirksamkeit wie das alte, die Nebenwirkungen desselben entbehrt. Der bekannten Nebenwirkungen wegen bedurften die alten Digitalispräparate wohl eines Ersatzes und scheint das Digitalisdialysat einen solchen in der That zu bieten. Auf Unverrichts Empfehlung hin hat V. seit etwa ¾ Jahr das Dialysat oft angewandt und ist bei aller, neuen Mitteln mit Recht entgegenzubringender Skepsis, von seiner Wirksamkeit überrascht gewesen. Durch zwei Eigenschaften ist das Dialysat den alten Präparaten überlegen: Durch die fehlenden Nebenerscheinungen und durch seine grössere Leistungsfähigkeit, insbesondere durch seine rasche und zugleich nachhaltige Wirkung auf die Diurese. Vierhuff wandte das Präparat zunächst bei Herzkranken in der Diakonissenanstalt an und referirt über einige Fälle, bei denen theils in Folge von Erkrankungen des Herzmuskels, theils bei Mitralklappenfehlern das bekannte Bild der schwersten Compensationsstörung mit allgemeinem Hydrops, quantitativ und qualitativ verändertem Pulse, Stauungsniere, Stauungsleber bezw. bereits interstitieller Hepatitis hochgradig ausgeprägt war, wo theils von anderen Collegen, theils von ihm selbst alle üblichen Herzmittel längere Zeit hindurch angewandt worden waren, bis sie schliesslich alle versagten. Nach Anwendung des Dialysats hat sich in diesen schweren Fällen doch noch eine Compensation in dem Sinne erzielen lassen, als die Herzthätigkeit sich besserte, die Oedeme und übrigen Stauungserscheinungen nachliessen oder schwanden und die Diurese rasch stieg. In einem Falle verkleinerte sich eine harte grosse, bis ein Paar Querfinger unter den Nabel einerseits und den linken Rippenbogen andererseits reichende Leber so erheblich, dass sie nunmehr weich wurde und nur noch in einer Breite von einigen Querfingern unter dem Rippenbogen zu fühlen war. Die Diurese stieg in einigen Fällen schon nach 24 Stunden resp. nach Verbrauch von 45 Tropfen, von 500 oder 600 ccm. auf 1000 und darüber, in den folgenden Tagen auf 2000 und darüber, und erhielt sich auf dieser Höhe bis in die II. und III. Woche, um dann erst allmählich zur Norm zurückzukehren. Einige von diesen schweren Kranken hat V. noch ½, eine Kranke ¾ Jahr in Beobachtung behalten können, und ist es ihnen bei fortgesetztem periodischem Gebrauch des Dialysats so gut gegangen, dass sie ausgehen und Treppen steigen konnten. Wegen des Fehlens der Nebeneigenschaften, vor allem der cumulativen Wirkung, eignet sich das Dialysat besser zum periodischen Gebrauch als die aus der getrockneten Drogue hergestellten Präparate. Ueber das Digitoxin hat V. keine Erfahrungen und wendet es nicht mehr an, seitdem das Dialysat eingeführt ist.

4. Dr. Grünberg-Riga hält seinen angekündigten Vortrag: **«Ueber Pulscurven und deren diagnostischen Werth bei Herz- und Gefässerkrankungen».** (Erscheint in der St. Petersburger Med. Wochenschrift).

Discussion:

Dr. v. Engelhardt-Riga: Die Absicht des Vorredners die Sphygmographie als diagnostisches Hülfsmittel zu empfehlen, ist durchaus zu unterstützen. Die Arbeit mit dem Dudgeon lässt sich leicht erlernen und gerade hinsichtlich des Latenzstadiums der Arteriosclerose sind wir in der Lage zu wichtigen Schlüssen durch den Sphygmographen zu gelangen. Ich kann blos nicht zugeben, dass der abgestumpfte Gipfel in den meisten Fällen das charakteristische Bild des arteriosclerotischen Pulses ist. In vielen Fällen sah ich bei unzweifelhafter Arteriosclerose (ohne Aorteninsufficienz) einen steil ansteigenden und ebenso abfallenden Gipfel, nur mit nahe an den Gipfel gerückter Elasticitätselevation. Ferner möchte ich die Nothwendigkeit hervorheben, bei Verdacht auf Arteriosclerose den Blutdruck zu messen, der, wie es scheint, am sichersten durch Gärtner's Tonometer festgestellt werden kann. Der Sphygmograph ist nicht im Stande uns diese Verhältnisse präcise wiederzugeben. Wie wichtig für uns die Sphygmographie werden könnte, wenn wir uns ihrer häufiger bedienen wollten, ergiebt sich schon daraus, dass das grosse Gebiet nervöser Störungen fast stets mit Circulationsänderungen verbunden ist und uns die Radialis doch wohl in vielen Fällen ein Bild dieser Circulationsschwankungen bieten dürfte, wenn auch nicht anzunehmen ist, dass jede Störung in irgend einem Circulationsgebiet sich auch in der Radialis parallel abzuspiegeln braucht.

Dr. Grünberg-Riga. v. Engelhardt gegenüber, dass die Pulse tardus und rotundus nur als allgemein anerkannte Spätform der Arteriosclerose im Vortrage angeführt wurden, während für die früheren Stadien stets der spitze Gipfel zu gelten hat, wobei v. Basch sogar die hochgespannten Curven zur Arteriosclerose zählt, während Huchard sie als Vorstadium auffasst. Solche mehr weniger starke Spannung anzeigende Curven hält auch Vortragender für durchaus charakteristisch für die früheren Stadien der Arteriosclerose.

Dr. Kusick-Reval weist darauf hin, dass ein grosser Fehler in der Benutzung des Dudgeon'schen Sphygmographen darin liegt, dass die Autoren niemals die Belastung präcisiren und stets mit verschiedener Belastung arbeiten. Es kommt ausserdem sehr bedeutend auf die Individualität des Arztes an. Zehn Aerzte werden von demselben Patienten durchaus 10 verschiedene Curven zeichnen. Deshalb müssten alle Pulscurven unter denselben Bedingungen gezeichnet werden, wenn sie Werth haben sollen.

Dr. v. Engelhardt bestätigt das von Dr. Kusick gesagte, findet aber doch, dass trotz verschiedener Resultate die Curven ihre gewissen Charakteristica haben, und dass man aus grösseren Zahlen von Curven trotz der Abweichungen doch das Typische herauslesen kann.

Schluss der II. Sitzung.

Dr. G. Weidenbaum,
z. Z. Secretair.

Protocoll
der
Jahresgeneralversammlung des „Livländischen ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe" zu Wenden
(des Filialvereins der gleichnamigen St. Petersburger Gesellschaft)

vom 2. September 1900.

Anwesend waren 41 Mitglieder, sowie die Delegirten des Revaler Vereins Dr. med. W. Greiffenhagen und Dr. med. W. Heidenschildt.

Nachdem der Präses Dr. med. H. Truhart die Delegirten des Revaler Schwestervereins begrüsst, eröffnete er die Versammlung mit folgender Ansprache:

Meine Herren! An den rapiden Fortschritten der modernen Cultur, welche besonders der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts die Signatur der Zeit gegeben, hat — wie wir mit frendigem Stolz constatiren dürfen — auch die Wissenschaft der Medicin in hervorragender Weise theilgenommen. Dank der Begründung der Cellular-Pathologie durch Virchow waren die von der Ars medica der Alten in die Heilkunde der neueren Zeit herübergenommenen Traditionen in ihren tiefsten Tiefen erschüttert: es musste mit Ansichten und Grundanschauungen, die viele Jahrhunderte hindurch heilig gehalten waren und für die Ewigkeit giltig erschienen, radical gebrochen werden. Die Ars medica wurde zur Wissenschaft.

Aus den anfänglich nur mikroskopisch sichtbaren Wurzelreisern entwickelte sich nun im Laufe der Zeiten ein kräftiger Stamm, dem nach allen Richtungen hin mächtige Aeste und zahlreiche Zweige entsprossten, die sich nicht nur zu einer durch reiche Blätterfülle geschmückten Krone entfalteten, sondern auch Blüthenkeime trieb, welche in allen Culturstaaten zerstreut, eine bisher nicht geahnte Pracht köstlicher Früchte zeitigten. Aber, meine Herren, wo viel Licht ist auch Schatten. Gerade diese mannigfaltige und vielfache Verzweigung der medicinischen Wissenschaften führte naturgemäss in ihrer unaufhaltsamen weiteren Fortentwickelung allmählich zu einer gefahrdrohenden Zersplitterung der ärztlichen Berufsthätigkeit in verschiedene einzelne Sondergebiete: schon auf der Hochschule verzweifelt der Mediciner heutzutage daran, dermaleinst das allumfassende Gebiet der Gesammtheilkunde zu beherrschen; schon als Schüler gewöhnt er sich hier daran das unter allen Umständen untheilbare Ganze des menschlichen Organismus zu zerstückeln und diese Stücke als solche allein gesondert zu behandeln. Ausserdem verlangt unsere moderne Therapie in allen Specialgebieten eine ausgsbildete Technik des in die Praxis tretenden Arztes; diese eignet man sich aber nicht durch Zusehen allein, sondern durch eigene jahrelange Uebung und Erfahrung an.

Bei diesen auf das Höchste angespannten Anforderungen an das Wissen und Können des Arztes liegt die Gefahr nahe, dass die medicinische Kunst der Alten, dass die hochentwickelte Wissenschaft der Neuzeit allmählich zum Gewerbe herabsinkt, und dass der Arzt der Zukunft sich dann auch daran gewöhnt, in dem humanen, schönen und edlen Berufe — dem physischen und psychischen Elend der Menschheit zu steuern — einen lediglich zur nothwendigen Befriedigung vieler Bedürfnisse des Lebens erforderlichen Erwerbszweig zu erblicken. Ja, schon jetzt beginnt in unserer nüchternen und realen Lebensanschauungen huldigenden Zeit jene, die höhere Berufsthätigkeit des Arztes erniedrigende Auffassung mehr und mehr um sich zu greifen.

Nicht allein auf wissenschaftlichem Gebiete, sondern auch in socialer Beziehung hat der ärztliche Stand tiefgreifende Aenderungen erfahren; auch er hat theilgenommen an der modernen Umprägung der socialen Begriffe.

Nicht nur durch sein reiches Wissen, sondern auch durch mancherlei Vorrechte war der Repräsentant des ärztlichen Berufes ausgezeichnet: man schaute zu ihm als dem Vertreter von Kunst, Wissenschaft und edler Humanität empor. In der heutigen Gesellschaft gleichen sich die Standesunterschiede mehr und mehr aus: das allmähliche Schwinden des Mittelstandes, die Verschiebung auch anderweitiger socialer Verhältnisse, wie endlich der Umstand, dass bei der Umgestaltung der Gesetzgebung die Aerzte bei uns zu Lande niemals selbst Träger socialer Reformen gewesen sind, haben die Lage derselben sehr in Mitleidenschaft gezogen und nach den verschiedensten Richtungen hin berechtigte Klagen laut werden lassen.

Hierin wurzeln meines Dafürhaltens nach die wesentlichen Momente der herrschenden und nicht wegzuleugnenden Nothlage der Aerzte in allen Staaten Europas. Die so oft angeschuldigte gesteigerte Concurrenz und das unverhältnissmässige Angebot von Aerzten mag hier und da local auch von Bedeutung sein, im Grossen und Ganzen erblicke ich in ihr nur einen Segen, sowohl im Interesse der Wissenschaft, welcher unsere Arbeit, wie der Menschheit, der unser Beruf geweiht ist. Selbstredend sehe ich bei dieser Concurrenz der Aerzte von einem etwaigen unedlen, ja schimpflichen Wettbewerbe in dem Kampfe um das Dasein ab. Den Aerzten unseres grossen Reiches speciell, wie auch unserer Provinz wird allerdings dieser Kampf durch das «Zwangsgesetz» in ganz exceptioneller Weise erschwert — ein Zwangsgesetz, gegen welches selbst unsere höchsten ärztlichen Instanzen bisher vergeblich angekämpft haben.

Hilfe gegen die hervorgehobenen dem ärztlichen Stande drohenden Gefahren und Nachtheile wird man niemals durch Gesetze von oben voll beseitigen können.

Eine Besserung der vorhandenen Uebelstände kann nur von innen heraus, von uns selber kommen: Arzt hilf Dir selber! Zur Erreichung dieses Zweckes ist aber auf denkbar breitester Basis ein enger Zusammenschluss zu einem ärztlichen Vereine erforderlich, welcher die gemeinsame Abwehr drohender Gefahren, den Schutz der Interessen, die Pflege der Collegialität und des Standesbewusstseins sich zur Aufgabe macht.

Etwaige unlautere Elemente wird es freilich niemals gelingen durch Standesordnungen und durch disciplinare Gewalt zu bessern und zu erziehen.

Die Gründung unseres Vereins entsprang dem Bedürfniss, den schutzlosen und der Hilfe bedürftigen Collegen kraftvollen, auf gesetzlicher Grundlage ruhenden Rechtsschutz nach aussen zu verleihen, ihm und seiner Familie im Falle der Noth mit vereinten Kräften zur Seite zu stehen, sowie endlich die alten ungeschriebenen Gesetze und die traditionell gewordene gute Sitte, auf die wir mit Recht stolz sind, durch gutes Beispiel für alle Zukunft zu conserviren:

«Einigkeit macht stark!»

Hierauf folgt der Uebergang zu den einzelnen Puncten der Tagesordnung.

P. 1. Jahresrechenschaftsbericht.

Der Cassaführer Dr. med. A. Hartge berichtet über den Stand der Casse.

Der Verein zählte zum Schluss des Vereinsjahres 222 Mitglieder.

Die Einnahmen beliefen sich auf 1540 Rbl. 68 Kop.

Ausgaben: Rechnungen div. Art . . .	276 Rbl.	50 Kop.
Depot auf der Bank . . .	1084 »	3 »
Saldo in der Casse	180 »	15 »
	1540 Rbl.	68 Kop.

Der 2. Secretär Dr. med. Th. Lackschewitz verliest den Bericht über die Thätigkeit des Vorstandes im verflossenen Jahre:

Meine Herren! Gestatten Sie mir, dass ich Ihnen in kurzen Zügen über die Thätigkeit des Vorstandes, des Generalbevollmächtigten unseres Vereins, in den ersten 1½ Jahren seines Bestehens berichte.

Wie Ihnen bekannt, ging aus der Mitte der Dorpater Medicinischen Gesellschaft die Anregung zur Gründung unseres Vereins aus. Am 15. März des vorigen Jahres erfolgte die ministerielle Bestätigung und am 5. Mai desselben Jahres traten die 19 Gründer zu einer constituirenden Versammlung zusammen, welche nach § 12 des Statuts die Wahl des Verwaltungsrathes vornahm, sowie die Höhe des jährlichen Mitgliedsbeitrages fixirten. Zum Präses wurde Dr. med. H. Truhart, zum Vicepräses Prof. Dr. L. Kessler, zum 1. Secretär Dr. med. A. Ströhmberg, zum 2. Secretär Dr. med. Th. Lackschewitz, zum Schatzmeister Dr. med. A. Hartge gewählt.

Was zunächst das erfreuliche Wachsthum unseres Vereins anbetrifft, der als Dorpater Filialverein der St. Petersburger ärztlichen Gesellschaft zu gegenseitiger Hilfe ins Leben trat, diesen Namen jedoch schon im Laufe des Sommers in livländischen Filialverein umändern konnte, so sprechen vielleicht folgende Zahlen am markantesten dafür, dass er einem dringenden Bedürfnisse entsprang: Gegründet von 19 Collegen Dorpats belief sich die Zahl seiner Mitglieder zum Schluss des Jahres 1899 schon auf 193, welche Zunahme zu einem Theil ihre Erklärung in dem Beitritt vieler Collegen Curlands findet (so der medicinischen Gesellschaften Mitau's und Libau's in corpore). Wie Sie aus dem Bericht des Cassaführers ersehen, gehörten zum Schluss des ersten Jahres 222 Mitglieder, augenblicklich schon 256 der Gesellschaft an, von denen 29 als Vertrauensmänner derselben in Liv- und Curland thätig sind.

Es steht zu hoffen, dass durch ihre Mithilfe mit der Zeit der Verein wirklich ein das ganze Land umfassender wird und damit seinem Ziel — der Schaffung eines «ärztlichen Standes» näher kommt.

Wenn die Verhandlungen des Vorstandes mit dem Revaler Filialverein, welche eine Verschmelzung und damit Schaffung eines alle 3 Ostseeprovinzen einenden im Auge hatte, auch

nicht zu diesem Resultat geführt haben, so ging aus denselben doch hervor, dass ein Hand in Hand gehen beider Schwestervereine durchaus wünschenswerth erscheint und Sie werden dem Ausdruck gegeben finden in dem Antrag des Revaler Vereins, der als folgender Punct der Tagesordnung zur Discussion kommen soll.

Der von der constituirenden Versammlung gewählte Vorstand, den Sie augenblicklich vor sich sehen, hat in 9 officiellen Sitzungen über Fragen und Anforderungen, welche an den Verein herantraten, verhandelt. Dass seine Hauptarbeit im ersten Jahre des Bestehens in Verbreitung der Kenntniss über Zwecke und Ziele unseres Vereins unter den Collegen, in der Ausarbeitung der inneren Organisation, kurz in der Festigung und Entwickelung des jungen Unternehmens bestehen musste, liegt auf der Hand. In den folgenden Puncten unserer Tagesordnung werden Sie Gelegenheit haben Einblick in diese seine Arbeit zu gewinnen, Sie zu ergänzen und eventuell zu sanctioniren.

Laut § 1 Punct 1 ist es Aufgabe unserer Gesellschaft ihre Mitglieder oder deren Familien bei jeglicher Art von Unglücksfällen zu unterstützen. Bei den zunächst nur sehr beschränkten Mitteln, welche uns zu Gebote stehen und in nächster Zeit wohl vielfach in Anspruch genommen werden dürften «zur Vertheidigung der gesetzlichen Interessen des Vereins und seiner Mitglieder» (cf. § 1 Punct 3) hat der Vorstand es für seine Pflicht erachtet, sich in dieser Beziehung fürs Erste noch grosse Zurückhaltung aufzuerlegen.

Sind uns doch Gesuche um Unterstützungen zugegangen, welche in ihrer Gesammtheit weit mehr betrugen als das Vermögen der Gesellschaft (so z. B. eines im Betrage von 3000 Rbl.).

In einem Falle jedoch konnten wir nicht umhin der Wittwe eines Collegen eine jährliche Subvention im Betrage von 50 Rbl. zuzusprechen. Es handelt sich um die Hinterbliebenen des verstorbenen Collegen Rinne, der zwar de facto noch nicht Mitglied, seine Absicht zum Beitritt jedoch schon erklärt hatte. Wie es vielen von Ihnen schon bekannt sein dürfte, zog sich der Verstorbene durch Sturz bei einer Krankenfahrt eine Fractur des Kniegelenkes zu, erkrankte gleich darauf an einer Pneumonie und erlag derselben. Da der Nachweis, dass die tödlich verlaufende Pneumonie eine directe Folge des Sturzes war, nicht erbracht werden konnte, und es nach Einholung juridischen Rathes ausgeschlossen erschien eventuell auf gerichtlichem Wege etwaige für den Unglücksfall verantwortliche Persönlichkeiten zu einer Unterstützung der Wittwe heranzuziehen, beschloss der Vorstand derselben (Wittwe mit 4 Kindern, gänzlich mittellos) eine solche in oben erwähnter Höhe aus der Vereinscasse zukommen zu lassen. Ein ferneres Gesuch wird Ihnen zum Schluse der Sitzung vorgelegt werden und hofft der Vorstand aus Ihrer Stellungnahme dazu eine Directive für sein Vorgehen in Zukunft zu gewinnen.

Bezüglich des 2. Punctes des § 1 der Statuten — die Gründung von Asylen für Wittwen und Waisen der Vereinsmitglieder — so kann eine solche selbstredend nur als Zukunftsplan ins Auge gefasst werden und wird Punct 6 unserer heutigen Tagesordnung der Discussion über die eventuelle Gründung einer Unterstützungscasse für Wittwen und Waisen der Aerzte diesem wichtigen von unserem Vereine zu erstrebenden Ziele Rechnung tragen.

Für die nächste Zeit, so lange der Mangel genügender Geldmittel uns in den eben erwähnten Beziehungen grosse Beschränkungen auferlegt, glaubt der Vorstand die Hauptaufgabe des Vereins im Schutze der gesetzlichen Rechte unseres Standes resp. des einzelnen Arztes sehen zu müssen. Auch haben wir in dieser Hinsicht schon Gelegenheit gehabt durch unseren Rechtsbeistand Herrn von Broecker wirksam nach aussen hin auftreten zu können. In einem Falle handelte es sich um Verweigerung von Expertengeldern durch die Behörde, welche einem unserer Mitglieder gesetzlich zukamen. Prof. Kessler wird die Freundlichkeit haben Ihnen genauer darüber zu berichten.

Der 2. Fall kommt noch zur gerichtlichen Verhandlung: es ist das eine Klage der Procuratur gegen einen Collegen, der angeblich ein falsches Zeugniss ausgestellt haben soll. Der Vorstand, welcher nach Einsicht in das Material zur Ueberzeugung gelangt ist, dass der College völlig bona fide gehandelt hatte, hat die Sache dem Rechtsbeistand übergeben. Ueber das Resultat dieser erst im October des Jahres vor dem Bezirksgericht zur Verhandlung kommenden Klagesache werden Sie in dem kommenden Jahresbericht Näheres erfahren.

Dass das Verhalten der Justizbehörden uns Aerzten gegenüber viele Uebelstände und Mängel aufweist, ist jedem von Ihnen bekannt. Zeitraubende Fahrten, mühevolle Expertisen als «Zeuge», d. h. unter trinkgeldartigen Honorarbestimmungen, nehmen unsere Zeit in Anspruch und schädigen nicht nur uns Aerzte materiell, sondern auch die Würde des ganzen Standes.

Einen Beitrag zu diesem Thema liefert das beim Vorstande eingelaufene Schreiben eines Collegen, welcher Rath und Hilfe in solchen Fällen bittet. Im Antwortschreiben musste leider hervorgehoben werden, dass die event. gerichtsärztliche Thätigkeit von Privatärzten durch Circulare des Ministers des Innern und der Justiz ihre gesetzliche Regelung erfahren hat, daher eine Beseitigung der erwähnten unleidlichen Verhältnisse nur auf dem Wege einer Gesetzform herbeigeführt werden könne. Dass die Beseitigung dieser bisher durch gesetzliche Vorschrift sanctionirten Uebelstände nicht von unserem Verein, sondern nur auf gesetzgeberischem für das ganze Reich giltigem Wege herbeigeführt werden kann, ist einleuchtend.

Es wäre zu wünschen, dass der St. Petersburger Hauptverein sich der Frage annimmt und seinen Einfluss gehörigen Ortes geltend machte.

Endlich möchte ich erwähnen, dass unser Ehrengericht bisher noch nicht Gelegenheit gehabt hat, als solches zu functioniren. Doch wäre es vielleicht verfehlt, aus diesem Umstande zu folgern, dass wir schon weit in Bezug auf innere Einigkeit gekommen sind: noch heisst es fleissig arbeiten an sich selbst, damit wir uns unserem Ziele «einig nach innen und stark nach aussen» nähern.

Im Anschluss an den Bericht des Secretärs giebt der Vicepräses Prof. Dr. Kessler nähere Auskünfte über die ihm vom Verein erwiesene Hilfe. Es handelte sich um Erlangung von Expertengeldern, die von einer Behörde in gesetzlicher Höhe ihm verweigert worden waren. Die Angelegenheit fand in denkbar günstigstem Sinne auf rechtlichem Wege ihre Erledigung

Punct 3. Dr. med. W. Heidenschildt, als Delegirter des Revaler Vereins, ergreift das Wort und proponirt Namens des letzteren: es möge die livländische ärztliche Gesellschaft zu gegenseitiger Hilfe beschliessen, Delegirte aus ihrer Mitte zu erneunen, die mit Delegirten des Revaler Vereins zu noch näher zu bestimmenden Terminen zusammenkommen sollen, um Fragen, die das ärztliche Interesse betreffen, gemeinsam zu berathen.

Indem die Versammlung sich diesem Vorschlage freudig schliesst, wird das aus der Mitte des Vorstandes proponirte Amendement, dahin lautend «die Generalversammlungen der Vereine mögen durch Delegirte (2) beschickt werden, ohne dass letztere zu einem besonderen Convent zusammentreten sollen», einstimmig angenommen.

Punct 4. Der 1. Secretär legt den von der Medicinalverwaltung nebst einem Sammelbogen eingesandten Aufruf zur Gründung eines Asyls für verwaiste Töchter von Aerzten auf den Namen des weil. Dr. Schilling vor.

Die Versammlung schliesst sich der Ansicht des Vorstandes an, welche dahin geht, dass der Verein nach dem Inslebeutreten der Anstalt nach Massgabe seiner Mittel eventuell zur Stiftung einer Freistelle beitragen würde unter der Bedingung, dass ihm die Bestimmung der Nutzniesserin überlassen würde.

Der Sammelbogen wird ausgelegt, um den Collegen die Möglichkeit zu bieten eventuell ihre Spenden dem wohlthätigen Unternehmen zukommen zu lassen.

Punct 5. Die Proposition des Schatzmeisters in Betreff der Capitalanlage wird von der Versammlung acceptirt.

Dieselbe lautet: Der Verein möge ins Auge fassen, falls die pecuniären Verhältnisse sich so gestalten sollten, ein eisernes Grundcapital zu sammeln. Von der sofortigen Bildung müsse zunächst abgesehen werden, da in der ersten Zeit vielleicht stärkere Anforderungen an die Casse gestellt werden könnten als nach Bildung des unantastbaren Fonds Mittel vorhanden sind und die Erfahrungen erst zeigen werden, in welchem Masse die Casse speciell durch Processkosten in Anspruch genommen werden wird.

Ueber die Verwendung von Capitalien soll folgendes als Richtschnur dienen:

1) Was die Unterstützungen anbetrifft, die a) regelmässige und b) einmalige sein können, so sollen solche nicht in höherem Betrage ausgekehrt werden als Zinsen vom deponirten Capital vorhanden sind, das Capital selbst (d. h. die eingelaufenen Jahresbeiträge) darf zu Unterstützungen nicht verwendet werden, stets nur die Zinsen desselben.

2) Anleihen können dem Capital entnommen werden (ausgenommen dem event. zu bildenden unantastbaren eisernen Fonds). Zum Empfange der Anleihen ist jedes Mitglied des Vereins berechtigt, falls er eine genügende Garantie sowohl für die Verzinsung als Rückzahlung der Anleihe bieten kann. Als genügende Sicherheit wird ein Wechsel mit der Unterschrift zweier Mitglieder des Vereins angesehen. Der Procentsatz, der für die Anleihen erhoben wird, soll 6 pCt. p. a. betragen. Die Zinsen sind pränumerando zu entrichten.

Punct 6. Die Proposition des Vorstandes, Klagesachen von Seiten der Mitglieder stets durch seine Vermittelung an den Jurisconsult des Vereins gelangen zu lassen (nicht direct), wird angenommen. In Criminalklagen gegen Mitglieder des Vereins, in welchen der Vorstand nicht zur Ueberzeugung gelangt, dass das Recht auf Seiten des Angeklagten ist, soll die Sache dem Ehrengericht des Vereins übergeben werden.

Auf eine Anfrage der Collegen Dr. Wolfram-Riga und Dr. Treu-Riga, wie sich der Verein zu Conflicten zu stellen gedenkt, die Mitglieder mit nicht zur Gesellschaft gehörigen Collegen haben, schliesst sich die Versammlung der Ansicht Prof. Dr. C. Dehio's an, nach welcher der Vorstand sehr wohl auch in Ehrenhändeln resp. Conflicten zwischen Mitgliedern des Vereins und Collegen, die ihm nicht angehören, die Sache verhandeln und event. durch den Jurisconsult an die zuständige Behörde verweisen kann, um seinen Mitgliedern wirksamen Schutz zu gewähren.

Im Uebrigen wird dem Wunsche Ausdruck verliehen, in Fällen von Honorarverweigerung, auch wenn es sich um geringfügigere Beträge handelt, dennoch an den Vorstand sich zu wenden zwecks Beitreibung des Honorars.

Was die auf gerichtlichem Wege resp. durch Inanspruchnahme des Jurisconsultes beigetriebenen Gelder betrifft, so beschliesst die Versammlung 10 pCt. derselben zum Besten des Vereins-Capitals zurückzuhalten.

Punct 7. Die Versammlung spricht einstimmig sich dahin aus, dass die Gründung einer Unterstützungscasse für Wittwen und Waisen von Aerzten anzubahnen sei und ersucht den Vorstand die nöthigen Vorarbeiten einzuleiten. Demselben wird das Recht zugestanden eventuell Juristen und Mathematiker zu coaptiren, um der kommenden Generalversammlung ein detaillirt ausgearbeitetes Project einer derartigen Casse vorlegen zu können.

Punct 8. Wahl der Ehrenrichter durch Zettel. Die nöthige absolute Majorität erhalten die bisherigen und zwar als Ehrenrichter: Prof. Dr. C. Dehio, Prof. Dr. W. Zoege von Manteuffel, Dr. H. Truhart; als deren Ersatzcandidaten: Prof. Dr. L. Kessler, Dr. A. Ströhmberg.

Punct 9. In die Revisionscommission werden gewählt: Dr. Gäthgens-Wenden, Dr. M. Treymann-Riga, Dr. Karp-Werro.

Die Commission wird ersucht nach Schluss der Sitzung die Revision der Casse vorzunehmen und über das Resultat in der nächsten Jahres-Generalversammlung zu berichten.

Punct 10. Die Wahl der Delegirten, welche zur Jahres-Generalversammlung des Revaler Vereins abdelegirt werden sollen, wird dem Vorstand anheimgestellt.

Punct 11. Vorlage des Gesuches der verwittweten Frau Dr. v. Svenson.

Die Versammlung schliesst sich der Ansicht des Vorstandes an, nach welcher in Anbetracht der geringen Mittel des Vereins, sowie des Umstandes, dass Frau Dr. v. S. nicht Wittwe eines Vereinsmitgliedes ist, der livländische ärztliche Rechtsschutzverein leider nicht in der Lage ist, von sich aus die erbetene Unterstützung zu gewähren.

Präses: Dr. med. H. Truhart.
Secretär: Dr. med. Th. Lackschewitz.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 29. März 1900.

Vorsitzender: Kessler. Schriftführer: Boettcher.

Anwesend die Herren: Jaesche, Boettcher, Graubner, Hartge, Jannsen, Kessler, Lackschewitz, Lezius, Otto, Paterson, Schiemann; Terrepson und Klau als Gäste.

1. Verlesung des Protokolls der Sitzung vom 15. März 1900.
2. Hartge hält seinen angekündeten Vortrag über «Achylia gastrica».

Hartge giebt eine ausführliche Darstellung über Aetiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie der Achylia gastrica.

In neuester Zeit wendet man seine Aufmerksamkeit immer mehr den Magen-Darmverhältnissen zu, da man gewisse Vorgänge daselbst mit Recht nicht nur als Ursache vieler schwerer nervöser und neurasthenischer Beschwerden, sondern auch schwerer perniciöser Anämien ansieht. H. ist der Ansicht und erläutert diese seine Anschauung an einer Reihe von Krankenbeobachtungen, dass die Ursachen im Magen-Darmkanal für alle solche Beschwerden nicht immer hypothetisch sind (Vasomotoren etc.), sondern dass insbesondere in der Achylia gastr. die Aetiologie für eine ganze Reihe solcher leichter und schwerer Erscheinungen zu suchen ist. Als solche Beschwerden gelten in leichteren Fällen: beständig benommener Kopf, Druck und Schwere im Kopf, Mattigkeit, Unlust, unruhiger Schlaf. Magen-Darmsymptome können ganz fehlen oder äussern sich als Uebelkeiten, Appetitmangel, schlechter Geschmack, Aufstossen, Meteorismus, Unruhe im Leibe, Schmerzen, Obstipation, plötzliche grundlose Diarrhoe. In schwereren Fällen: heftige, häufige Migräne mit und ohne Erbrechen, Schweisse, Vertaubungen, Herzpalpitationen, Beängstigung, Schwindel, Asthma, Fieber, Ohnmachten, Tetanie, hochgradige Anaemie bis zur perniciösen Form.

All diese Beschwerden und Symptome können, falls nicht schon perniciöse Anaemie, eine morphologische Blutveränderung vorliegt, welche nicht mehr der Genesung entgegensehen kann, durch die Behandlung überaus günstig beeinflusst werden.

Die Therapie besteht, abgesehen von einzelnen Medicamenten und andern Massnahmen, im Grossen und Ganzen in vegetabilischer Diät. Die Erfolge sind oft grossartig, bleibende Gewichtszunahmen bis zu 40 Pfund, wobei zugleich alle Beschwerden schwinden, namentlich die quälende Migräne, Herzklopfen etc. Der überaus günstige Erfolg der vegetabilischen Kost beweist die Annahme, dass der Körper durch Resorption von Noxen vom Verdauungstractus aus geschädigt wird (Autointoxication), die Contraprobe, animalische Kost ruft sehr bald die alten Beschwerden wieder hervor. Bei Fleischgenuss hat H. eine Beobachtung gemacht, welche bisher noch von keiner Seite erwähnt wurde, es sind das leichte Temperatursteigerungen, 37,6—38,1. Das Fieber tritt 2—3 Stunden nach den Mahlzeiten auf, währt einige Stunden, um dann unter Schweissausbruch zu schwinden. Nicht immer ist das Fieber zu beobachten, es kommt darauf an, ob das schlecht verdaute, gewissermassen in Fäulniss übergegangene Fleisch factisch resorbirt wird (Autointoxication) was nicht immer zu geschehen braucht, da die Natur durch Erbrechen oder Diarrhoe sich vor der Noxe gelegentlich schützt. Besteht Obstipation, so beobachtet man bei Resorption der Noxen Fieber und Steigerung obiger Beschwerden. Schwindel, Migräne etc. Diese Beobachtungen und da bei vegetabilischer Ernährung alle diese Erscheinungen schwinden, stützen im Wesentlichen die Annahme der Autointoxication vom Verdauungstractus aus. Man wird daher in gewissen Fällen auch bei noch gut erhaltenem Tonus des Magens, die animalische Kost noch mehr einschränken müssen, als das bisher zu geschehen pflegt. Auch empfiehlt es sich, Kranke mit Achylia gastrica regelmässig die Temperatur messen zu lassen, da mit Hilfe des Thermometers die Diät besser regulirt werden kann, als mit den vagen Aussagen der Patienten. Letztere sind auch auf Druckschwankungen im Abdomen sehr empfindlich, jede Gasauftreibung, woran sie häufig leiden, macht sich in der quälendsten Art geltend.

Vermischtes.

— Auf der ersten diesjährigen Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte trat der verehrte Präsident Dr. E. Moritz von der Leitung des Vereins, die er während der letzten 10 Jahre innegehabt, zurück. Dem Ausschuss des Vereins hat Dr. Moritz 25 Jahre lang angehört. Mit sehr grosser Majorität wurde Prof. Dr. G. Tiling zum Präsidenten gewählt. — Sich an seinen aus dem Amte scheidenden Vorgänger wendend, sprach Prof. Tiling seine Befriedigung darüber aus, dass ihm als erste Amtshandlung die angenehme Aufgabe zugefallen sei, Herrn Dr. Moritz in Anbetracht seiner ausserordentlich grossen Verdienste nicht nur um das Vereinsleben, sondern auch um die ganze deutsche Aerztewelt St. Petersburgs, seine Ernennung zum Ehrenmitglied des Vereins St. Petersburger Aerzte mitzutheilen. Als bleibende und bedeutungsvollste Institutionen, die ihre Entstehung und ihr Gedeihen der fruchtbaren Thätigkeit von Dr. Moritz verdanken, nannte Prof. Tiling die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» und das zu so hoher Blüthe gelangte deutsche Alexander-Hospital für Männer.

— Der Professor der Hospitalklinik an der Militär-Medicinischen Academie und Leiter der 1. therapeutischen Abtheilung des Klinischen Militärhospitals, Dr. Theodor Pasternatzki, ist nach Ausdienung der gesetzlichen Dienstfrist von 25 Jahren im Lehrfach auf weitere fünf Jahre im Dienst belassen worden.

— In Staraja Russa beging der dortige Landschaftsarzt Dr. K. Etter das 25jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit, aus welchem Anlass von den Collegen und Freunden ihm zu Ehren ein Diner veranstaltet wurde.

— Aus Anlass des 200jährigen Jubiläums des preussischen Königthums ist vom deutschen Kaiser dem Erfinder des

Heilserums, Prof. Behring in Marburg, der erbliche Adel verliehen worden.

— Der ausserordentliche Professor der Chirurgie an der Moskauer Universität, Dr. I. Spisharny ist zum Oberarzt der Alexander-Gemeinschaft barmherziger Schwestern «Utoli moja petschali» ernannt worden, unter Belassung in seinen bisherigen Stellungen.

— Zum ausserordentlichen Professor der theoretischen Chirurgie an der Warschauer Universität ist der bisherige Prosector beim Lehrstuhl der Anatomie Dr. Jaschtschinski ernannt worden.

— Dr. August Hammer ist als Arzt am Krankenhause des Grafen Berg in Schloss Sagnitz (Livland) mit den Rechten des Staatsdienstes in Bezug auf die Rangbeförderung bestätigt worden.

Die St. Petersburger Stadtduma hat dem Oberarzt der städtischen Irrenanstalt St. Nikolaus des Wunderthäters, Dr. O. Tschetschott anlässlich seines 35jährigen Jubiläums, in Anerkennung seiner Verdienste um die städtische Irrenpflege, eine Gratification im Betrage seines Jahresgehalts bewilligt.

— Von der medicinischen Facultät der Charkower Universität ist zur Besetzung des durch den Tod des Prof. Podres erledigten Lehrstuhls der chirurgischen Hospitalklinik in Charkow ein Concurs ausgeschrieben worden. Bewerber haben ihre Gesuche unter Beifügung ihrer wissenschaftlichen Arbeiten und eines curriculum vitae bis zum 20. März 1901 bei der Facultät einzureichen.

— Bis zur Ernennung eines Nachfolgers für den auf sein Gesuch verabschiedeten Professor Dr. A. Ostroumow ist mit der Leitung der therapeutischen Hospitalklinik der Moskauer Universität der ausserordentliche Professor der speciellen Pathologie und Therapie Dr. N. Mitropolski betraut worden. Gerüchtweise verlautet, dass zum Nachfolger Ostroumow's der bekannte Bacteriologe, Prof. extraord. der Militär-Medicinischen Academie Dr. N. Tschistowitsch designirt ist.

— Der Docent für Ohrenkrankheiten an dem Klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna Dr. W. N. Okunew ist zum Consultanten des genannten Instituts ernannt worden.

— Ordensverleihungen: Der St. Stanislaus-Orden 1. Classe — dem Ehrenmitgliede des Oeconomie-Comités des St. Petersburger Nikolai-Kinderhospitals, Dr. C. Koch. Der St. Wladimir-Orden 3. Classe — dem Gouvernements-Medicinalinspector von Ufa, Dr. Löwberg und dem Abtheilungschef der Ober-Militär-Medicinalverwaltung Dr. Szolkowski. Der St. Wladimir-Orden 4. Classe — dem stellvertretenden Chef des Civil-Medicinalwesens im Kaukasus Dr. Modest Fenomenow; den Professoren der Militär-Medicinischen Academie DDr. Albitzki (Pathologe), Ssimanowski (Ehren-Leibotiater) und Turner (Chirurg); dem Oberarzt des Alexejew'schen Hospitals für Geisteskranke in Moskau, Dr. V. Butzke.

— Verstorben: 1) In Moskau nach langer Krankheit Dr. Josef Bogusch, einer der populärsten Aerzte dieser Stadt. Die ärztliche Praxis hat der Verstorbene seit 1879 ausgeübt. — 2) In Brest-Litowsk der frühere Kreisarzt Moses Gerschun im 66. Lebensjahre an einem organischen Herzfehler. Der Hingeschiedene war ein Schüler der Medico-Chirurgischen Academie, an welcher er 1852 den Arztgrad erhielt. Die Stellung als Kreisarzt, welche er gegen 33 Jahre bekleidet hat, musste er vor ca. 2 Jahren wegen Krankheit aufgeben. — 3) Am 2. Januar in Moskau Dr. Theophil Baranowitsch, Inhaber einer Wasserheilanstalt daselbst, in hohem Alter. Als Arzt ist B. mehr als 40 Jahre thätig gewesen. — 4) In Wosnessensk (Gouv. Chersson) der dortige Landschaftsarzt Johann Widowski im Alter von nahezu 40 Jahren an Blutvergiftung, die er sich bei der Ausführung einer Operation zugezogen hatte. — 5) In Paris Dr. Bergeron, ständiger Schriftführer der Académie de médecine zu Paris. — 6) In Chicago der frühere Professor der Pathologie und Bacteriologie am College of Physicians and Surgeons Dr. R. J. Curtiss.

— Der Director für experimentelle Therapie in Frankfurt am Main, Prof. Dr. Ehrlich und der Professor an der pathologischen Abtheilung des Senkenberg'schen Instituts Dr. Weigert ebendaselbst sind zu correspondirenden Mitgliedern der Pariser Société de Biologie gewählt worden. (Allg. med. C.-Ztg.)

— An Stelle des nach Heidelberg übersiedelnden Professor Dr. A. Kossel ist der ausserordentliche Professor Dr. Friedrich Schenk aus Würzburg auf den Lehrstuhl der Physiologie in Marburg berufen worden.

— Zur Bewerbung um die von Robert Heimbürger gestiftete Prämie an der Universität Jurjew (Dorpat) für das Jahr 1900 werden Werke in russischer, deutscher, französischer oder lateinischer Sprache zugelassen, die ihrem Inhalte nach zu den Wissenschaften der medicinischen Facultät gehören und deren Autoren mindestens 3 Jahre lang zu den immatriculirten Studirenden der Universität Jurjew (Dorpat) gehört haben oder zur Zeit der Prämienvertheilung schon 3 Jahre an dieser Universität als Privatdocenten, Docenten, Prosectoren, Observatoren oder gelehrte Apotheker im Dienst stehen. Die Concurrenz-Arbeiten müssen dem Conseil der Universität in 2 Exemplaren nicht später als am 1. Mai 1901 eingereicht werden.

— Die «Wiener Medicinische Wochenschrift» beging zum Schluss des vorigen Jahres das 50jährige Jubiläum ihres Bestehens. Sie hat aus diesem Anlass eine Sammlung von Aphorismen herausgegeben, die ihr von zahlreichen Fachgenossen aus den verschiedensten Ländern der Welt zur Verfügung gestellt wurden.

— Am Ende der vorigen Woche ist eine Abtheilung von Aerzten und barmherzigen Schwestern (im Ganzen 22 Personen) unter der Leitung des Inspectors des Medicinalwesens der Eisenbahnen Dr. Golowin von Moskau ins Astrachansche Gouvernement an die von der verdächtigen Epidemie heimgesuchten Orte abgereist. Zur Disposition S. H. des Prinzen Alexander von Oldenburg steht bereits ein ärztliches Personal, das aus dem Professor der Militär-Medicinischen Academie Tschistowitsch, dem Professor des Weiblichen Medicinischen Instituts Lewin und den Aerzten Baumholz, Kaschkadamow, Jagodinski, Damaskin, Deikun-Motschanenko und Lutschinski besteht, welche sämmtlich in den inficirten Ortschaften bereits in Thätigkeit sind.

— Ueber den Gang der Epidemie hat S. H. der Prinz Alexander von Oldenburg dem Minister des Innern folgende Mittheilungen gemacht:

1) Im Kirchdorfe Wladimirowka (Kreis Zarew des Astrachanschen Gouvernements) sind vom Beginn der Epidemie bis zum 29. December a. pr. im Ganzen 25 Erkrankungen vorgekommen, von denen 16 letal und 2 mit Genesung endeten. Die übrigen 7 Kranken haben Aussicht zu genesen. Seit dem 16. December ist keine Neuerkrankung vorgekommen und es ist, da die Epidemie als erloschen angesehen werden kann, nach Desinficirung der verseuchten Häuser am 7. Januar der Cordon aufgehoben worden.

2) In drei Ansiedlungen der Kirgisensteppe beim Dorfe Talowka (40 Werst von der Station Alexandrow-Gai im Kreise Nowy-Usen des Gouvernements Ssamara) kamen vom 9.—27. December 61 Erkrankungen vor, von denen 44 tödtlich verliefen. Seine Hoheit traf dort am 4. Januar ein und inspicirte die Cordons bei Tekebai-Tubek und Mereke, wohin Aerzte mit Arzeneien und Desinfectionsmitteln dirigirt wurden. In den genannten Ortschaften dauert die Krankheit noch fort: am 6. Januar erkrankten dort und starben 3 Personen. In Karakuga bei der Staniza Sslamichinskaja sind im Ganzen nur 7 Personen von der Epidemie hingerafft worden und ist seit dem 3. Januar keine Neuerkrankung vorgekommen. Auf Anordnung des Prinzen wird eine genaue sanitäre Besichtigung der Kirgisensteppe, der Wolgamündung und der nördlichen Küste des Kaspischen Meeres vorgenommen.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 30. Dec. d. J. 8293 (167 mehr als in d. Vorw.), darunter 441 Typhus — (24 mehr), 809 Syphilis — (1 wen.), 315 Scharlach — (12 mehr), 89 Diphtherie — (7 wen.), 42 Masern — (3 mehr) und 19 Pockenkranke — (1 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 24. bis zum 30. December 1900.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
341	273	614	140	57	99	29	7	21	52	61	51	51	54	37	14	2

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 1, Typh. abd. 19, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 12, Scharlach 13,

ıhtherie 30. Croup 2, Keuchhusten 5, Croupöse Lungen zündung 20, Erysipelas 4, Grippe 11, Cholera asiatica Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheutismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, drophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 4, berculose der Lungen 79, Tuberculose anderer Organe 15, coholismus und Delirium tremens 15. Lebensschwäche und ophia infantum 25, Marasmus senilis 31, Krankheiten der dauungsorgane 61. Todtgeborene 24.

◆ **Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 23. Jan. 1901.**

Tagesordnung: Petersen: Ueber Lupus (mit Krankendemonstration).

Fortsetzung der Wahlen für den Ausschuss.

◆ **Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 15. Januar 1901**



Adressen von Krankenpflegerinnen:

Olga Bode, Вас. остр., 14 лин., д. 33 кв. 2.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger** und **Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Дозв. ценз. Спб., 13 Января 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 3 St. Petersburg, (2. Februar) 20. Januar 1901

Ueber Frauenmilch-Untersuchungen vom klinischen Standpunct.

Nach einem in der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga am 6. December 1900 gehaltenen Vortrage

von

Gerh. Kieseritzky.

Wenn ich es versuche, ein Bild dessen zu entwerfen, in welcher Weise heutzutage Frauenmilch-Untersuchungen für klinische Zwecke verwerthet werden können, so habe ich nicht die Absicht, jede einzelne Untersuchungsmethode, welche irgend einmal für klinische Zwecke empfohlen wurde, zu beleuchten, sondern die Bedeutung genannter Methoden würde sich von selbst ergeben, wenn wir blos die Frage der Zuträglichkeit resp. des schädlichen Einflusses, welchen die Frauenmilch auf den kindlichen Körper ausüben könnte, zu beantworten suchen. Ich glaube mich also auf wenige Fragen beschränken zu können.

Das wesentliche Moment derartiger Untersuchungen bilden:

1) Die Colostrumkörperchen, deren Wesen und deren Bedeutung in diagnostischer und in Folge dessen auch therapeutischer Beziehung zuerst in Frage kommen.

2) Käme dann die Reihe der Methoden der Frauenmilch-Untersuchungen, welche klinisch zum Nachweis einer anormalen, zum Säugungsgeschäft untauglichen Milch gesunder Frauen verwerthet werden sollten. Hier werden wir uns nur mit der Frage zu beschäftigen haben, ob sich die Annahme einer derart fehlerhaften Milch auf Grund der klinischen Erfahrung rechtfertigen lässt; denn ist die Vorstellung einer derart anormalen Milch mit der klinischen Erfahrung unvereinbar, so ist damit das Urtheil genannter Untersuchungen für klinische Zwecke gefällt.

3) Käme die Milch der kranken Frau in Frage, und

4) will ich eine Beantwortung der Frage versuchen, wie man sich diejenigen Fälle zu erklären hat, in welchen man das Nichtgedeihen von Säuglingen mit einer fehlerhaften Zusammensetzung der Frauenmilch zu erklären sich bemühte. Es hat ja diese Frage direct mit den Frauenmilch-Untersuchungen nichts zu thun, ihre Behandlung scheint mir aber wohl am Platz, wo von in Rede stehender, angeblich unbrauchbarer Milch gesprochen wird.

Während nach anderen Angaben Colostrumkörperchen bei Erkrankungen des Kindes und bei gewissen Zuständen der Stillenden in der Milch auftreten, sind wir erst durch die Untersuchungen von Czerny über das Wesen der Colostrumkörperchen aufgeklärt worden, und sind es aus Czerny's Klinik hervorgegangene Arbeiten, welche ich bei meiner Schilderung benutze (Czerny[1]), Thiemich[2]).

Colostrumkörperchen finden wir im Secret der Brustdrüse zu einer Zeit regelmässig, nämlich zu Beginn der Lactation. Es sind das Leukocyten, welche in die Drüsenräume einwandern, das Milchfett in sich aufnehmen und dasselbe mit sich in die Lymphräume abführen. Diese Erscheinungen treten auf, wenn die Brust nicht geleert wird. Unter solchen Umständen staut sich die in die Drüsenräume secernirte Milch und wird dann resorbirt. Es handelt sich also um eine Secretion in die Drüsenräume und Rückbildung dieser secernirten Milch. Wie gesagt, treten diese Erscheinungen auf, wenn die Brust nicht geleert wird. Darum finden wir Colostrumkörperchen in der ersten Woche nach der Geburt. Sie verschwinden eben, sobald das Kind kräftiger die Brust leert.

Klinisch viel bedeutsamer als ihr Erscheinen zu Beginn der Lactation, ist es, wenn während der späteren Lactationsperiode wiederum Colostrumkörperchen auftreten. Sie treten hier aus demselben Grunde auf, wenn nämlich die Brust nicht genügend geleert wird, sei es, dass das Kind ganz von der Brust genommen wird, sei es, dass es in Folge einer Erkrankung an Appetit verliert. Unter solchen Umständen findet gleichfalls Milchstauung und Resorption statt; wir sagen: die Milch geht verloren. Dagegen müssen wir aber ein-

schreiten in der Weise, dass wir die Brust entleeren. Dieses geschieht nur unvollkommen durch Abspritzen, gut aber dadurch, dass noch ein zweites Kind an die Brust gelegt wird. Es lässt sich auf diese Weise, wenn der Zustand nicht allzuweit fortgeschritten ist, die Milchsecretion wieder vollständig oder in geringerem Masse in Gang bringen. Ist der Zustand schon zu weit fortgeschritten, so erlischt die Secretion ganz oder aber es hält der Zustand längere Zeit an. Im letzteren Fall kann das Kind von der Mutter, welche dasselbe immer noch zu ernähren hofft, längere Zeit noch weiter auf die Brustnahrung beschränkt werden, so dass das Kind der Inanition preisgegeben ist. Entgegen der vielfach herrschenden Anschauung verursacht solcheine in Rückbildung begriffene Milch keine Dyspepsieen, wohl aber kann sie Folge einer Magendarmstörung sein, was ja nach dem Gesagten selbstverständlich ist. Aus dem Gesagten geht folgende Nutzanwendung hervor: finden wir in einer Frauenmilch Colostrumkörperchen zu einer Zeit, wo sie unter gewöhnlichen Umständen nicht mehr vorhanden sind, so wissen wir:

1) dass das an dieser Brust trinkende Kind keinen Appetit hat resp. krank ist;

2) dass die Gefahr vorliegt, dass die Milch verloren geht;

3) dass solch eine Milch, wenn ein höherer Grad der Rückbildung vorliegt, für die Ernährung unzureichend ist.

Was die Bedeutung eines solchen Befundes anbetrifft, so geht dieselbe schon daraus hervor, dass ja die Stillende über den Zustand ihrer Brust dem Arzt in keiner Weise befriedigende Auskunft zu geben im Stande ist.

Die 2. Frage, der ich mich nun zuwenden möchte, lautete: Giebt es eine anormale, zum Säugungsgeschäfte untaugliche Milch gesunder Frauen? Während man auf der einen Seite sich vielfach bemüht hat, die Annahme einer derartigen Frauenmilch auch wissenschaftlich zu begründen, steht ihr die Ansicht gegenüber, nach welcher wir gar keinen Grund haben, die Existenz einer derartigen Frauenmilch anzunehmen. Wenn es sich aber so verhält, dass es eine derartig fehlerhafte Milch giebt, so müsste das mit der klinischen Erfahrung in Einklang zu bringen sein. Die klinische Erfahrung gerade ist es, welche bei einer Untersuchung über die Tauglichkeit oder Untauglichkeit einer Frauenmilch, ganz abgesehen von ihrer Zusammensetzung, entscheiden muss. Thiemich (2) hebt mit Recht hervor, dass wir nur dann eine Frauenmilch als ungeeignet bezeichnen dürfen, wenn wir ein gesundes Kind bei dieser Ernährung nicht gedeihen resp. krank werden sehen, vorausgesetzt, dass sich eine primäre, von der Qualität der Nahrung unabhängige Erkrankung ausschliessen lässt. Das pflegt aber in solchen Fällen nicht zu sein. Ganz im Gegentheil wissen wir aus klinischer Erfahrung, dass eben ein gesundes Kind an der genügend secernirenden Brust einer gesunden Frau gedeiht, so lange es nicht aus anderer Ursache erkrankt. Obgleich in diesem Satz eingeschlossen, will ich noch eine Reihe von Momenten namentlich hervorheben, welchen kein Einfluss auf die Zusammensetzung oder Güte der Milch resp. das Gedeihen des Kindes zugeschrieben werden darf. Es haben also keinen Einfluss auf die Milch:

die Constitution der Stillenden. Es ist gleichgiltig, ob die gesunde Amme kräftig gebaut ist oder schwächlich.

Ferner die Lactationsdauer. Jede ausgebildete Milch einer gesunden Frau ist zur Ernährung eines Säuglings jeden Alters geeignet. Dass die Quantität der producirten Milch eine wesentliche Rolle spielt, ändert an dem Satze nichts.

Gemüthsstimmungen haben keinen Einfluss auf die Güte der Milch, nicht einmal schwere Depressions- oder Exaltationszustände.

Die Art der Ernährung innerhalb physiologischer Grenzen hat keinen Einfluss, obgleich wir wissen, dass Beziehungen zwischen per os gereichten Stoffen und der Zusammensetzung der Milch existiren.

Ebenso sind ohne Einfluss Menstruation, vorausgegangene Geburten, eingetretene Schwangerschaft, körperliche Ruhe oder Anstrengung, Alter, Rasse und Haarfarbe.

Auf den Einfluss der in der Milch der gesunden Frau nachgewiesenen Staphylococcen will ich später eingehen, wenn von den in der Milch unter pathologischen Verhältnissen auftretenden Mikroorganismen die Rede ist. Was aber die genannten Einzelheiten anbetrifft, so muss ich mich darauf beschränken, auf die ausgiebige Literaturzusammenstellung und kritische Beleuchtung von Thiemich (2 und 3) zu verweisen, welche ich benutzt habe.

Wir wissen also, dass ein gesundes Kind an der genügend secernirenden Brust der gesunden Frau gedeiht, so lange es nicht aus anderer Ursache erkrankt. Wir haben also, wenn ein Kind nicht gedeiht unsere Aufmerksamkeit nicht auf die chemische Zusammensetzung der Milch u. s. w. zu richten, sondern auf das Kind. Gedeiht aber ein ausgetragenes Kind an der Brust nicht, so ist es eben krank. Dass das Kind dann krank ist, könnte selbstverständlich erscheinen, muss aber besonders hervorgehoben werden, da andere Ansichten existiren, so z. B. von einer „nicht fortschreitenden Ernährung ohne Erkrankung“ und ebenso von «Störungen, die durch einen pathologischen Zustand des Kindes nicht bedingt sind» (Monti[4]). Aus solchen Vorstellungen heraus wird die Annahme einer fehlerhaft zusammengesetzten Frauenmilch allerdings erklärlich; doch handelt es sich in solchen Fällen im Gegentheil um Zustände des Kindes, welche wir als krankhaft bezeichnen müssen und deren Ursache wir im Kinde finden. Wo man aber zu anderen Resultaten gekommen ist, hat man also dem Zustande des Kindes eine zu geringe Aufmerksamkeit geschenkt.

Aus dem Gesagten ergiebt sich, dass die Vorstellung von einer zur Ernährung eines Kindes unbrauchbaren, ausgebildeten Milch einer gesunden Frau mit der klinischen Erfahrung unvereinbar ist.

An dieser klinischen Erfahrung vermögen die Untersuchungen der Frauenmilch nicht zu rütteln. Es wäre falsch, wollte man annehmen, dass man mit Hilfe genannter Untersuchungen zu einem anderen Resultat kommen muss. Ganz im Gegentheil ergeben die Untersuchungen der Frauenmilch, dass das nicht der Fall ist, sondern dass die Schwankungen in der Zusammensetzung der Frauenmilch physiologisch sind. Ein weiteres Eingehen in dieses Thema würde zu weit führen und will ich mich darauf beschränken die Worte Czerny's anzuführen. Czerny (1) sagt: «Von der Zusammensetzung der Frauenmilch wissen wir gegenwärtig nur so viel, dass dieselbe bei jeder Frau während der Lactationsperiode in keiner Weise gesetzmässige Schwankungen aufweist, welche für die Ernährung eines Säuglings Belang haben. Eine quantitative Analyse einer kleinen Menge von Frauenmilch muss als zwecklos bezeichnet werden, da jede Frauenmilch in gleicher Weise für die Ernährung eines Kindes geeignet ist». Von der in Rückbildung begriffenen Milch ist da natürlich abgesehen.

Ferner ist es nach dem Gesagten selbstverständlich, dass bei der Wahl einer Amme nur 2 Momente zu berücksichtigen sind:

1) ihr Gesundheitszustand, und

2) das Quantum Milch, welches sie producirt.

Ist eine Amme gesund und producirt sie ein genügend grosses Milchquantum, so können wir für eine solche Amme in gewissem Sinne garantiren.

Drittens wäre eine besondere Betrachtung der Milch der kranken Frau einzuräumen. Was die Milch der kranken Frau anbetrifft, so hat man hier in gleicher Weise auf Grund von chemischen Untersuchungen und Bestimmung des specifischen Gewichtes abnorme, dem Kinde unzuträgliche Zusammensetzungen der Frauenmilch annehmen zu können geglaubt; nur ist die Zahl der Untersuchungen hier eine viel kleinere. Wie die Schwankungen in der Zusammensetzung der Milch der gesunden Frau als physiologisch anzuerkennen sind, so liegt in gleicher Weise kein Grund vor, die Schwankungen bei der kranken Frau als schädlich zu bezeichnen und sind eben die betreffenden Untersuchungsmethoden für klinische Zwecke gar nicht verwerthbar.

Leider handelt es sich trotzdem oft um eine unbegründete Scheu. das Kind von der kranken Mutter stillen zu lassen, und doch vermag sich dieses Vorgehen nicht auf eine exacte Forschung zu berufen, wie denn von einer systematischen Forschung auf diesem Gebiete noch wenig geredet werden kann; sondern es handelt sich nur um Einzelheiten, welche uns wirklich genauer bekannt sind. Aber auch mit der klinischen Erfahrung ist solches Vorgehen nicht vereinbar. Höchstens könnten wir bei Localerkrankungen der Brustdrüse Unzuträglichkeiten befürchten, welche uns die Ueberlegung nahe legen könnten, dem Kinde die kranke Brust zu entziehen. Abgesehen von diesen praktisch kaum in Betracht kommenden Fällen werden wir niemals dem Kinde um der Milch willen die Brust entziehen, solange diese secernirt. Es würde zu weit führen, wollte ich an dieser Stelle auf Erkrankungen einzeln eingehen, bei welchen man dem Kinde die Brust entzogen hat. Andererseits lässt sich aber dieses Thema nicht abschliessen, ohne einige Momente zu berühren, welche uns heute durch die Forschungen der Bacteriologie in einem neuen Lichte erscheinen, und zwar soll es sich hier um diejenigen Forschungen handeln, welche sich mit der Gefahr beschäftigen, die dem Kinde durch in der Frauenmilch befindliche bacterielle Keime erwachsen könnte.

Während man früher die Milch der gesunden Frau für keimfrei hielt (Escherich, 5. p. 470) stellte es sich späterhin heraus, dass bei Verwendung grösserer Milchmengen zur Untersuchung das Resultat sich anders gestaltete, und wurden von den Untersuchern in kleineren oder grösseren Procentsätzen (Bumm 6 p. 474, Merritt 7, Cohn und Neumann 8, Palleske 9, Honigmann 10, Ringel 11 p. 50) oder constant (Moro 12 und 13 p. 539) Keime in der Milch der gesunden Frau nachgewiesen. Unter den pathogenen Keimen, welche uns hier allein interessiren, kommen in erster Linie der Staphylococcus pyogenes albus und in einer kleinen Zahl der Fälle der Staphylococcus pyogenes aureus, ferner auch der Soorpilz in Betracht. Was den Streptococcus pyogenes anbetrifft, so geht aus den Untersuchungen von Cohn und Neumann (l. c. 400 und 401) nicht hervor, dass es sich wirklich um denselben gehandelt hat. Andererseits fand Bumm (l. c. p. 469) in 2 Fällen im Schrundeneiter der Brustwarze einen Kettencoccus und blieb hier die Phlegmone auch nicht aus. Eine nachtheilige Wirkung der Staphylococcen findet im Allgemeinen nicht statt, so namentlich keine nachweisbare Zersetzung der Milch (Cohn und Neumann 8, p. 405 und 406); dass aber unter Umständen doch eine schädigende Wirkung beim Kinde eintreten kann, geht aus den Beobachtungen von Moro (13) hervor. Dieser Autor fand nämlich, dass die Staphylococcen der Frauenmilch beim Kinde Enteritis hervorzurufen im Stande sind, eine Affection, welche sich aber keineswegs bösartig gestaltete, und Moro hebt besonders hervor, dass es entschieden irrthümlich wäre, in solchen Fällen dem Kinde die Brust zu entziehen.

Während also schon normalerweise pathogene Keime in der Frauenmilch vorhanden sind, kann andererseits unter pathologischen Verhältnissen die Brustdrüse pathogenen Mikroorganismen zur Ansiedlungsstätte dienen, so den Staphylococcen und Streptococcen bei der Mastitis (Cohn 14, Bumm 6). Dass eine Mastitis an sich aber keine Indication dafür abgiebt, dem Kinde die Brust zu entziehen, geht aus der klinischen Erfahrung hervor.

Ferner hat man einen Uebergang von im Blute kreisenden Staphylococcen in die Frauenmilch angenommen (Escherich 5 p. 471, Longard 15, Karlinsky 16, v. Eiselsberg 17). Die Beweiskraft dieser Befunde ist aber in Folge der Erkenntniss, dass die Staphylococcen normale Bewohner der Drüsengänge sind, in Zweifel gezogen (Bumm 6 p. 471—474, Honigmann 10 p. 230 und 231, Basenau 18 p. 50 u. 51).

Ferner hält Ringel, (die Arbeit von Ringel hat mir leider nicht im Original zur Verfügung gestanden), (11 p. 51) in 2 Fällen, in denen es sich um Febris puerperalis resp. um Phlebitis handelte und in welchen der Streptococcus pyogenes gefunden wurde, das Erscheinen der Mikroben in der Milch auf metastatischem Wege für wahrscheinlich.

Ein Uebergang von Pneumococcen aus dem Blut in die Milch ist bei Pneumonie-kranken Müttern beobachtet worden (Foa und Bordoni-Uffreduzzi 19, Bozzolo 20) und schliesslich wäre hier noch die Angabe Roger's und Garnier's (21) zu registriren, dass sie den Tuberkelbacillus in der Muttermilch nachweisen konnten.

Während also bisher unbezweifelte Fälle eines Uebergangs von Bacterien aus dem Blut in die Frauenmilch nur spärlich sind, können wir annehmen, dass solches nur selten stattfinden wird, da es auf experimentellem Wege erwiesen ist, dass nur jene Bacterien in die Milch übergehen, die entweder Hämorrhagien oder andere locale Erkrankungen in der Brustdrüse setzen, durch welche der normale Zusammenhang des Organs gestört wird (Basch und Weleminsky 22 u. 23).

Wenn es nun aber eine fehlerhaft zusammengesetzte Frauenmilch nicht giebt, so ist vor allen Dingen praktisch die weitere Frage von Interesse, wie man sich diejenigen Fälle zu erklären hat, in welchen von einer derart unzuträglichen Milch die Rede ist. Die Ursachen, warum ein Kind nicht gedeiht, sind natürlich sehr mannigfache. In jedem Falle handelt es sich um kranke Kinder. Irrthümer scheinen mir namentlich gewisse Fälle unterstützen zu können, auf welche ich deshalb näher eingehen möchte, und zwar sind das Fälle, in welchen in Folge eines Ammenwechsels eine ganz auffallende Aenderung im Allgemeinzustande des Kindes eintritt. In solchen Fällen finden wir oft die Ursache gerade im Ammenwechsel, nur dürfen wir sie nicht in der Zusammensetzung der Milch suchen, sondern ganz wo anders.

Es ist ja etwas ganz Gewöhnliches, wenn beispielsweise ein Kind an der Mutterbrust nicht gedeiht, angeblich weil die Mutter nie genug Milch gehabt habe. Darum wird eine Amme genommen, welche reichlich Milch hat. Aber das Kind, welches bei der Mutter, die wenig Milch hatte, nicht gedieh, gedeiht nun bei der Amme, die reichlich Milch hat, erst recht nicht; angeblich weil die Amme «schlechte Milch» hat. Es wird eine neue Amme genommen, welche gleichfalls reichlich Milch hat. Bei dieser zweiten Amme gedeiht das Kind

ganz auffallend gut; angeblich, weil sie «gute Milch» hat. Solche und ähnliche Fälle finden klinisch ihre Erklärung.

Es ist ja bekannt, dass es ein weitverbreiteter Brauch ist, den Säugling nicht seinen normalen Bedürfnissen gemäss zu ernähren. Fehlerhaft sind die üblichen Nahrungspausen und Mengen, zu denen der Säugling genöthigt wird. Es ist ebenso bekannt, dass das Kind sich in Folge dessen eine kleine Magendarmstörung zuziehen kann. Die Folge davon ist, dass das Kind an Appetit verliert. Es trinkt weniger. Wird aber die Brust nicht genügend geleert, so secernirt sie in dem Grade weniger Milch Ganz gewöhnlich heisst es dann, die Mutter habe nie genügend Milch gehabt. Das Kind ist also nicht mehr gesund, und da die Milch der Mutter verloren ist, wird eine Amme mit reichlich Milch genommen. Nun kann das Kind allerdings viel mehr trinken; aber dabei gedeiht es erst recht nicht, denn jetzt kann das Kind an der vollen Brust ein Quantum trinken, welches der geschwächte Magendarmtractus nun nicht mehr zu verarbeiten im Stande ist, Dieses begünstigt die Zunahme der Magendarmerkrankung. Nach einiger Zeit erscheint der Magendarmtractus schon durch ein geringes Nahrungsquantum überlastet. Beim Kinde nimmt der Appetitmangel zu und bei der Amme in gleicher Weise der Verlust an Milch. In dem Grade, als die Milch verloren gegangen ist, ist das Kind, auch wenn sich sein Appetit wieder bessert, doch gezwungen, weniger zu trinken und kann das die Rettung des Kindes werden. Das Kind ist durch diese Verhältnisse gezwungen eine Art Hungercur durchzumachen, und sein Magendarmtractus kann unter diesen Umständen der Genesung entgegengehen; gedeihen kann aber das Kind bei zu geringer Ernährung natürlich nicht. Beschuldigt wird, wie so oft, die «schlechte Milch». Es lässt sich aber, wenn der Allgemeinzustand des Kindes nicht allzusehr alterirt ist, in diesem Moment voraussagen, dass das Kind bei der nächsten Amme gedeihen wird, wenn dieselbe ausreichend Milch hat. Das Kind wäre ebenso schon bei der eigenen Mutter gediehen und hätte die Mutter nicht die Milch verloren, wenn keine Fehler in der Ernährung begangen wären. In gleicher Weise wäre das Kind bei der ersten Amme gediehen, wenn ein der Leistungsfähigkeit des Magentractus entsprechendes Frauenmilchquantum zur Ernährung gedient hätte, wenn die Cur, welche das Kind durch die Lage der Verhältnisse durchgemacht hat, vom Arzt rechtzeitig eingeleitet wäre und der Verlust an Milch verhindert wäre. Es wären dann nicht zwei, sondern eine Amme genügend gewesen und hätte schon die erste Amme, wenn ich mich so ausdrücken darf, «gute Milch» gehabt.

In solchen Fällen und anderen, in denen es heisst, dass die Frauenmilch «schlecht» ist, werden wir bei genügender Messung des Nahrungsquantums, erforderlicher Untersuchung des Kindes u. s. w. die Ursache des Nichtgedeihens eines Säuglings immer im Kinde selbst finden.

Die Erkenntniss, dass es keine fehlerhaft zusammengesetzte Frauenmilch giebt, ist keineswegs bedeutungslos. Ich meine, dass wenn es für den Säuglingspädiater von Wichtigkeit ist, in einem Puncte Klarheit zu haben, so ist es dieser, und zwar ist diese ganze Frage nicht nur eine Frage, welche die Ernährung betrifft, sondern auch für die Diagnosenstellung von entscheidendster Bedeutung ist. Je nachdem, welchen Standpunct wir einnehmen, werden wir uns dem Säugling diagnostisch und therapeutisch anders gegenüberzustellen haben und wo wir wissen, dass es eine chemisch nachweisbar «schlechte» Frauenmilch gar nicht giebt, haben wir nicht nach der chemischen Zusammensetzung der Milch zu fragen, sondern nach der Krankheit des Kindes.

Literatur.

1. Ad. Czerny: Ueber den gegenwärtigen Stand der Ernährungstherapie magendarmkranker Säuglinge. Sonderabdruck aus der «Allg. med. Central-Zeitung» 1898 № 26 u. 27.

2. Thiemich: Ueber Veränderungen der Frauenmilch durch physiologische und pathologische Zustände. «Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie» Bd. IX. Separatabdruck.

3. Thiemich: Ueber den Einfluss der Ernährung und Lebensweise auf die Zusammensetzung der Frauenmilch. «Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie». Bd. IX. Separatabdruck.

4. Monti; Kinderheilkunde in Einzeldarstellungen. 1899. Bd. I. p. 69.

5. Escherich: cit. nach Bumm (6).

6. Bumm: Zur Aetiologie der puerperalen Mastitis. «Arch. f. Gynäkol.» 1886. Bd. 27.

7. Merritt: cit. nach Cohn und Neumann. (8. p. 392 u. 394.)

8. Cohn und Neumann: Ueber den Keimgehalt der Frauenmilch. «Virch. Arch.» 1891. Bd. 126, p. 391.

9. Palleske: Ueber den Keimgehalt der Milch gesunder Wöchnerinnen. «Virch. Arch.» 1892. Bd. 130, p. 185.

10. Honigmann: Bacteriologische Untersuchungen über Frauenmilch. «Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.» 1893. Bd. 14, p. 207.

11. Ringel: cit. bei Basenau (18).

12. Moro: Ueber den Bacillus acidophilus n. spec. «Jahrb f. Kinderheilk.» 1900. 52., der 3. Folge 2. Bd. 1. H. p. 52 u. 53.

13. Moro: Ueber Staphylococcen-Enteritis der Brustkinder. «Jahrb. f. Kinderheilk.» 1900. Bd. 52., der 3. Folge 2. Bd. Ergänzungsh.

14. Cohn: cit. bei Bumm (6, 464).

15. Longard: cit. bei Basenau (18. p. 49).

16. Karlinsky: cit. bei Basenau (18, p. 50).

17. v. Eiselsberg: Nachweis von Eitercoccen im Schweiss eines Pyämischen. «Berl. klin. Wochenschr.» 1891. № 23, p. 554.

18. Basenau: Ueber die Ausscheidung von Bacterien durch die thätige Milchdrüse und über die sogen. bactericiden Eigenschaften der Milch. «Arch. f. Hyg.» 1895. Bd. 23.

19. Foa und Bordoni-Uffreduzzi: Ueber die Aetiologie der Meningitis cerebro-spinalis epidemica. «Zeitschr. f. Hyg.» 1888. Bd. 4. p. 76.

20. Bozzolo: cit. bei Basenau (18. p. 50).

21. Roger et Garnier: Ref. im «Centralblatt für Bacteriologie» etc. 1900. Bd. 27, № 20/21, p. 747.

22. Basch und Weleminsky: Ueber die Ausscheidung von Krankheitserregern durch die Milch. «Jahrb. f. Kinderheilk.» 1898. Bd. XLVII, p. 105.

23. Basch und Weleminsky: Ueber die Ausscheidung von Mikroorganismen durch die thätige Milchdrüse. «Arch. f. Hyg.» 1899. Bd. 35, p. 205.

Protokoll des XII. Aerztetages der Gesellschaft livländ. Aerzte in Wenden vom 31. August bis zum 2. September 1900.

Dritte Sitzung.

Freitag den 1. September von 9—2 Uhr.

1. Dr. A. Hartge-Jurjew (Dorpat): «Bemerkungen über die Achylie des Magens». (Erscheint im Druck in dieser Zeitschrift.)

Discussion.

Dr. Ströhmberg-Jurjew (Dorpat): Wenn er den Vortragenden richtig verstanden, so halte derselbe das Auftreten von Fieberbewegungen nach Fleischgenuss bei darniederliegender Magenverdauung für eine besondere Erscheinung bei der Achylia gastrica, die Vortragender als Erster beobachtet

zu haben meint. Nach Bejahung dieser Frage seitens Dr. Hartge's erinnert Ströhmberg an die längst bekannte Thatsache, dass bei den acuten Infectionskrankheiten, namentlich beim Abdominaltyphus, sich das bereits geschwundene Fieber nicht selten nach Aufnahme von Fleischnahrung wieder einstelle.

Dr. v. Engelhardt-Riga: Er vermisse in dem an interessanten Gesichtspuncten so reichen Vortrage die differentielle Diagnose gegenüber dem Carcinom. Der praktische Arzt müsse bei constatirtem Mangel der freien Salzsäure im Magensafte in erster Linie an die Möglichkeit eines in der Entwickelung begriffenen Carcinoms denken, während zur Diagnose Achylia gastrica erst wiederholte in kürzeren und längeren Zwischenräumen vorgenommene Untersuchungen des Kranken und seines Magensaftes berechtigen. E. hält die Martius'sche Eintheilung der Arten von Achylie für berechtigt: auf der einen Seite die typische Anadenie, auf der anderen die Secretionsschwäche bei erhaltenem Drüsenparenchym, dazwischen alle möglichen Uebergangsstufen. — In Bezug auf die Aetiologie dieser primären Secretionsschwäche des Magens stehe E. auf einem anderen Standpunct als der Vortragende, welcher offenbar in der mangelhaften Thätigkeit des Drüsenparenchyms allein die Ursache sehe, während E. die von Brasch ausgesprochene Ansicht für die zutreffendere halte, nach welcher in erster Linie die Salzsäureausscheidung nicht als ein Secretions- sondern Excretionsvorgang aufzufassen sei. Die von den Drüsen ausgeschiedene Salzsäure halte das Blut auf dem nöthigen Alcalescenzgrade. Dementsprechend dürfte die oft bei Chlorotischen und Anämischen beobachtete Hyp- und Hypersecretion auf Anomalien der Blutbeschaffenheit zurückgeführt werden und so dürfte auch die Secretionsschwäche bei einer Achylie auf Veränderungen im Blutchemismus beruhen. Für diese Ansicht dürfte auch der vom Vortragenden angeführte Fall sprechen, bei dem trotz reichlicher Zunahme des Körpergewichts weder die Achylie noch die Anämie schwand. Auch sei es wahrscheinlich, dass in diesen Fällen toxische Momente mitwirken. Bei der Therapie sei daher neben der Hebung des Körpergewichts in erster Linie auf Verbesserung des Blutes zu sehen. Zur Diagnose der Achylie bemerkt E., dass neben der vom Vortragenden beschriebenen Beschaffenheit des Magensaftes oft reichliche Mengen eines zähen glasigen Schleimes im ausgeheberten Mageninhalte gefunden werden (Moritz), auch werde in manchen Fällen eine erhöhte Vulnerabilität beobachtet, die sich in Loslösung von Schleimhautpartikelchen und blutiger Färbung der Spülflüssigkeit äussere.

Dr. W. Vierhuff-Riga: Je systematischer in praxi Magensaftuntersuchungen vorgenommen würden, desto mehr überzeuge man sich von ihrem praktischen Werth sowohl für die Diagnose als auch die Behandlung Magenkranker, für welche sich meist aus dem Ergebniss der Magensaftanalyse die Indicationen ableiten lassen. Hinsichtlich der Differentialdiagnose der Achylia gastrica können neben den nervösen Erkrankungen mit gastrischen Symptomen — bei denen allerdings ein sehr verschiedenartiges Verhalten des Magensaftes beobachtet werde — vor allem Carcinom, dann aber in selteneren Fällen die Schrumpfniere in Betracht kommen, sofern sie mit schweren Allgemeinerscheinungen und Magenbeschwerden verbunden, insbesondere Anämie resp. Kachexie, Erbrechen und Anacidität seitens des Magens. V. erwähnt zwei derartige während seiner Assistenzzeit beobachtete Fälle, in denen längere Zeit hindurch die Frage ob Magencarcinom oder Schrumpfniere offen gelassen werden musste, bis in dem einen Falle das Auftreten von Albuminspuren im Harn bei niedrigem specifischem Gewicht die Diagnose Schrumpfniere ermöglichte, die dann auch bei der Section bestätigt wurde. Wenn die Achylia gastrica ein Beispiel für die Fälle von Magenkrankheiten sei, wo ohne Magensaftuntersuchung eine Behandlung nicht zulässig sei, so dürfe daneben die Allgemeinbehandlung nicht ausser Acht gelassen werden, wie das folgender vor Kurzem von V. beobachtete Fall zeige. Bei einem Manne im mittleren Lebensalter, der an Uebelkeiten, beständigem Aufstossen, Appetitlosigkeit, Abmagerung und Entkräftung litt, so dass er seit einigen Monaten arbeitsunfähig war, ergaben mehrfach vorgenommene Untersuchungen vollständige Anacidität, während das Labferment vorhanden war. Patient trat in die Diaconissenanstalt ein, erhielt einige Wochen lang vorwiegend Milch und vegetabilische Kost, wobei seine Beschwerden nachliessen und der hypochondrische Kranke sich zusehends erholte; bald fand sich wieder freie Salzsäure in geringer Menge im Magen. Bei der Entlassung wurde der Rath ertheilt, ohne Rücksicht auf den Magen wie ein Gesunder zu leben. Mehrere Monate später stellte sich der Patient, der unterdessen seiner Beschäftigung als Händler auf dem Lande nachgegangen war, wieder vor: er hatte eine gute Gesichtsfarbe bekommen, an Körpergewicht zugenommen; die nunmehr vorgenommene — quantitative und qualitative — Untersuchung des Magensaftes ergab eine völlig normale Beschaffenheit desselben. Derartige Fälle seien als Secretionsneurose bei neurasthenischen Individuen aufzufassen.

Dr. Hartge-Jurjew (Dorpat): Er habe keine erschöpfende Darstellung der Achylie geben wollen, daher seien auch mehrere der erwähnten Fragen, wie z. B. das Verhältniss der Achylie zum Carcinom, der Cirrhosis ventriculi, nicht besprochen worden. Zu der von Dr. v. Engelhardt erwähnten Schleimabsonderung sei zu bemerken, dass dieselbe bei typischer Achylie in der Regel fehle, wenngleich ihr Auftreten nicht direct gegen dieselbe spreche. In Bezug auf die Aetiologie schliesst H. sich der Ansicht an, dass nur ein kleiner Theil der Kranken die Achylie später acquirirt habe, dieselbe in der grössten Mehrzahl eine angeborene Secretionsschwäche sei, welche zeitlebens bestehe und je nach der motorischen Kraft des Magens und der Thätigkeit des Darmes mit oder ohne Beschwerden verlaufe. Ein Erfolg sei für die Therapie nur in den Fällen zu erwarten, wo noch keine oder nur geringe Störungen der Blutbeschaffenheit vorliegen, während die primären Formen der Anämie keine Aussicht auf Heilung bieten. Die reine Achylie bestehe selbstständig und habe mit dem Carcinom nichts zu thun; bei Letzterem bestehe in der Regel eine Hypochylie, welche die Prognose mit der Grundkrankheit theile. Magenspülungen seien bei Atonie und gleichzeitiger Stagnation des Magensaftes indicirt, doch sei dabei Vorsicht geboten, weil bei Achylie Neigung zu Blutungen bestehe und die Magenwand oft papierdünn sei, so dass eine Perforation durch die Gummisonde möglich sei.

Dr. Bosse-Riga erwähnt die neuerdings vorgeschlagene Behandlung der Achylie mit Hundemagensaft (gastérine). Die bisherigen Veröffentlichungen lassen darauf schliessen, dass diese Methode eine Zukunft habe.

Dr. Hartge-Jurjew (Dorpat): Das von Pawlow in St. Petersburg hergestellte und empfohlene Gasterine sei bisher wenig angewandt worden, doch seien bereits gute Resultate damit erzielt worden.

Dr. v. Engelhardt-Riga: Er habe nicht behaupten wollen, dass die von Dr. Hartge erwähnten Fälle vielleicht doch Carcinome gewesen seien, sondern habe nur betont, dass die Diagnose Achylia gastrica mit grösster Vorsicht gestellt werden müsse und der Verdacht auf Carcinom nicht zu schnell fallen gelassen werden dürfe. Hinsichtlich der Aetiologie der Achylie möchte er noch bemerken, dass er vor ca. 8 Jahren den Satz aussprechen zu dürfen glaubte, dass eine Anadenie nur dort zu Stande käme, wo sich eine Gastritis mit einer zu Kachexie führenden Krankheit (Carcinom, Tuberculose, Anämie pernic.) verbinde, die Gastritis könnte nur in mit Verbindung einer gewissen, noch nicht näher bestimmten toxischen Veränderung des Blutes zu einem Schwund des Magendrüsenparenchyms führen. Die von Dr. Vierhuft berichteten Achyliefälle bei Schrumpfniere würden dieser Ansicht nicht widersprechen, da auch hier eine toxische Beschaffenheit des Blutes (Urämie) vorliegen könnte. Auf diese Weise würde sich eine gemeinsame Aetiologie für die Anadenie wie auch für die primäre Secretionsschwäche ergeben, und würden in Anomalien des Blutchemismus die ersten Ursachen für diese Zustände zu suchen sein. Die von Dr. Hartge empfohlene Diät dürfe seiner Meinung nach nicht in allen Fällen zur Anwendung gelangen. Wenn einzelne Kranke auf Fleischkost mit Fieber und allgemeinen Intoxicationserscheinungen reagiren, so dürfe deswegen nicht allen Kranken das Fleisch entzogen werden. Man dürfe häufig eine gemischte Kost verordnen und brauche auch nicht immer die Amylaceen in fein vertheiltem oder dextrinirtem Zustande zu verordnen. Gerade die groben Amylaceen, wie Grobweizenbrod, Grützen u. A. arbeiten einer drohenden Atonie des Darmes entgegen, regelmässiger Stuhlgang sei für die sensiblen Patienten und für die gute Ausnutzung der Speisen im Darm von grösster Wichtigkeit.

Dr. Treymann-Riga: Es sei auffallend, dass Kranke, die an Magen- und Darmaffectionen in Verbindung mit Obstipation leiden, mit Vorliebe Alkalien anwenden (Karlsbader Wasser, Hunyadi Janos, Franz Josef, Curellapulver u. A.). Die Specialisten mögen sich darüber äussern, welche Bedeutung den Alkalien bei Magen-Darmkrankheiten zukomme, ob sie nur abführend oder desinficirend auf den Darminhalt wirken, oder ob sie auch einen unmittelbaren Einfluss auf die Alcalescenz des Blutes ausüben und eine Besserung der Blutbeschaffenheit hervorrufen können.

Dr. Hartge-Jurjew (Dorpat): Bei der Achylie sehe man in der Regel von Trinkcuren ab, um den schwachen Magensaft nicht zu verdünnen. Ausnahmsweise gebe man bei den sehr seltenen Fällen mit stärkerer Schleimsecretion Mineralwässer, namentlich Karlsbad, auch Kissingen in kleinen Gaben, mehrmals täglich, höchstens 50 Ccm. vor den Mahlzeiten.

Dr. v. Engelhardt-Riga beantwortet die Anfrage betreffend die Wirksamkeit der Alkalien resp. der alkalischen Mineralwässer, die bei Achylie meist nur in kleinen Gaben

zur Anwendung gelangen, dahin, dass die eigenthümliche Wirkung des Kissinger Wassers die Magensaftproduction in einem Theil der Fälle anzuregen, in einem anderen wieder herabzusetzen, nicht auf einer einfach neutralisirenden Wirkung der Alkalien beruhen könne. Die Wirkung müsse offenbar viel complicirterer Natur sein und dürften in der nächsten Zeit Aufschlüsse über diese interessante Frage zu erwarten sein. Wie Brasch in Kissingen gezeigt, haben die neueren Untersuchungen Ostwald's und seiner Schüler über die Salzlösungen erwiesen, dass eine Salzlösung neben dem vollen Salzmolekül auch die Atome des Salzes in Dissociation enthalte. Diese dissocirten Elemente (also bei NaCl-Lösung Na und Cl) stehen nach dem Gesetze der chemischen Affinität in einem gewissen elektrischen Spannungsverhältniss zu einander. Jede Salzlösung stehe in einem gewissen elektrischen Spannungszustande. Wenn das nun in den Mineralwässern der Fall, so finde man wohl ähnliche Verhältnisse im Blutserum. In diesen verwandten Verhältnissen zwischen Mineralwasser und Blut hinsichtlich ihrer elektrischen Spannung werde man wohl die Erklärung für die noch in mancher Richtung dunkle Wirkung der Mineralwassercuren zu suchen haben. Eine weitere Beobachtung habe gezeigt, dass die Zahl der dissociirten Elemente in einer stark verdünnten Salzlösung zunehme, diese mithin einen höheren elektrischen Spannungsgrad aufweise als die concentrirte Lösung. Es sei nicht unwahrscheinlich, dass der Unterschied zwischen natürlichen und künstlichen Mineralwässern vorzugsweise auf ihrem verschiedenen elektrischen Verhalten beruhe.

Dr. Kusmanoff-Rappel bittet um Auskunft über die pathologische Anatomie der Achylie, da erst die Kenntniss derselben ein Urtheil über die Prognose dieser Krankheit ermögliche.

Dr. Hartge-Jurjew (Dorpat). Die pathologische Anatomie der eigentlichen Achylie sei noch unbekannt, es seien nur Sectionen bei der Atrophie gemacht worden. Bei derselben sei der Magen pergamentartig, die Schleimhautfalten fehlen, die Oberfläche sei einer glatten Membran ähnlich. Die Magenwand sei oft papierdünn und reisse leicht ein. Nicht immer sei die Schleimhaut in toto atrophisch, oft finden sich inselförmige Stellen mit erhaltener Drüsenschicht, welche noch Magensaft produciren, derselbe genüge nicht zur Verdauung und mache sich bei der Magensaftuntersuchung doch soweit geltend, dass er die Diagnose erschwere. Die Atrophie der Magenschleimhaut gebe eine schlechte Prognose, doch sei die primäre Secretionsschwäche heilbar, namentlich bei strenger Diät

Dr. Kusick-Reval. Die Patienten fühlen sich beim Gebrauch von Karlsbader Wasser wohler, weil es die lästigen Schleimmassen entfernt. Die Anwendung von Salzsäure werde oft nicht vertragen.

Dr. v. Engelhardt-Riga. Die pathologische Anatomie der Achylia gastrica sei nur für die Fälle von Anadenie bekannt. Hier komme neben den von Dr. Hartge erwähnten Formen noch die Cirrhosis ventriculi vor: Die Magenschleimhaut ist atrophirt, aber der ganze Magen bindegewebig verdickt und starr. Martius glaubte, aus den kleinen, bei Ausheberungen gewonnenen Schleimhautfetzen den Schluss ziehen zu dürfen, dass sich fast in allen Fällen von sogenannter primärer Secretionsschwäche Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes und Verödung des Drüsenparenchyms nachweisen lasse. Dieser Schluss erscheine nicht gerechtfertigt, da man die Provenienz dieser Schleimhautstückchen nicht controlliren könne und das seltenere Vorkommen von Drüsenschläuchen in einem mikroscopisch kleinen Schleimhautstückchen noch keinen Rückschluss auf die Beschaffenheit der ganzen Magenschleimhaut gestatte.

2. Dr. Ströhmberg-Jurjew (Dorpat): «Latenzsymptome der Syphilis». (Erschienen in dieser Wochenschrift).

Discussion:

Dr. Engelmann-Riga: Die angeführten Symptome annuläres Erythem, Kopfschmerzen, Periostschwellungen u. A. können nicht als Latenzsymptome bezeichnet werden, da sie das Heraustreten der Syphilis aus dem Latenzstadium anzeigen und die Einleitung einer specifischen Kur indiciren. Wenn die Syphilis Symptome erkennen lasse, so sei sie nicht mehr latent.

Dr. Ströhmberg-Jurjew (Dorpat). Er habe nur sagen wollen, dass eine vollständige Latenz der Syphilis während des condylomatösen Stadiums nur selten vorkomme und dass sich dasselbe trotz der scheinbaren Latenz meist ziemlich sicher erkennen lasse. Die Latenz werde eine relative sein, je nach dem Mass der Aufmerksamkeit, welches der Untersucher den angeführten Symptomen schenke.

Dr. Treyman-Riga. Es wäre richtiger die angeführten Symptome als «sogenannte Latenzsymptome» zu bezeichnen.

Dr. Engelmann-Riga. Es sei aus practischen Gründen wichtig, bei Eintritt der erwähnten Symptome nicht von Latenz zu sprechen, da bei wirklicher Latenz eine Kur nicht eingeleitet werde, das Auftreten jener Symptome jedoch eine solche indicire.

Dr. Ströhmberg-Jurjew (Dorpat) will beim Auftreten der erwähnten Symptome eine Kur eingeleitet wissen. Er halte die Bemerkungen des Herrn Dr. Treymann für zutreffend und ändere daher den Titel seines Vortrages um in die «Symptome der sogenannten Latenz der Syphilis».

Referent W. Mickwitz-Törwa, Correferent A. Kupffer-Talkhof: **«Ueber Localanaesthesie nach Schleich».** (Abgedruckt in dieser Wochenschrift Nr. 41 u. 42).

Discussion:

Dr. A. v. Brackel-Libau. Wenngleich die Anwendung der Narcose durch die Localanaesthesie nach Schleich eingeschränkt werde, so habe die Letztere auch ihre Schattenseiten, insofern als die Technik nicht so einfach sei, wie das beim Lesen der Schleich'schen Beschreibung erscheine; sie erfordere Zeit und Geschick, es müsse genau von Quaddel zu Quaddel gestochen werden, auch verlaufe der Heilungsprocess trotz Anwendung peinlichster Asepsis nicht immer anstandslos und erfahre durch Druckatrophie der feinsten Gewebselemente eine Verzögerung. Ferner komme noch die Intoxicationsgefahr in Betracht und habe man deshalb versucht, das Cocain durch andere Mittel zu ersetzen.

Dr. P. Klemm-Riga: Bei der Bauchchirurgie könne nicht immer vorher bestimmt werden, ob die Operation unter Localanaesthesie werde beendet werden können, da die active Spannung der Bauchdecken bei erhaltenem Bewusstsein des Kranken nicht immer vermieden werden könne. Aus diesem Grunde erscheine es nicht selten geboten, die unter Localanaesthesie begonnene Operation in Narcose zu beendigen. Diese Erfahrung werde vielfach in der Kinderpraxis gemacht, da die Angst und Unruhe der Kinder eine Operation unter Localanaesthesie unmöglich machen könne.

Dr. Katterfeld-Waldheim: College Mickwitz schreibe in einem Falle das Misslingen der Schleich'schen Methode seiner eigenen Technik zu, nehme damit jedoch eine Schuld auf sich, die dem Verfahren selbst zuzuschreiben sei. Schleich hebe ausdrücklich hervor, dass auch ihm die Anaesthesirung bei Operationen von Abscessen gelegentlich misslungen sei, sobald etwas von der injicirten Flüssigkeit in die Abscesshöhle gelange, was sich bei dem anzuwendendem Drucke oft nicht vermeiden lasse.

Prof. Zoege von Manteuffel-Jurjew (Dorpat): Die Schleich'sche Methode sei bei Abdominaloperationen nicht anzuwenden, da eine Entspannung der Muskulatur oft nicht erreicht werde, die Schmerzen würden wohl meist ertragen — wie man früher auch ohne Anaesthesie und ohne Narcose operirt habe, vergesse man gegenwärtig — doch sei es wegen des zu fürchtenden Choc's für die inneren Organe nicht gleichgiltig, ob sie bei völlig wachem Bewusstsein und erhaltenem Gefühl oder erloschenem Bewusstsein angefasst würden. Ferner seien die Operationen in der Bauchhöhle bei Localanaesthesie zeitraubender, zumal das Spritzen in die Tiefe, falls man nicht die tiefen Theile unter Hypnose operiren will, was möglich sei. Die Schleich'sche Methode sei gut für die kleinen Operationen bis zur Herniotomie, die grösseren Operationen seien in Narcose vorzunehmen, für die der Operateur verantworte und nicht der Narcotiseur (wie in England).

Dr. Greiffenhagen-Reval betont gleichfalls die Schwierigkeit der Technik, den Zeitaufwand und das Versagen der Schleich'schen Methode in der Abdominalchirurgie, er hat 2 Fälle von Gangrän der infiltrirten Partie beobachtet. Bei Operationen unter Blutleere beruhe ein grosser Theil der Anaesthesie neben der Infiltration auch auf der Constriction. Wenngleich das Operiren im infiltrirten Gewebe schwerer sei als im nicht infiltrirten, sei die Schleich'sche Methode immerhin in vielen Fällen unersetzlich.

Dr. P. Klemm-Riga stimmt den Ausführungen von Zoege-Manteuffels bei, die Technik müsse sorgfältig geübt, dabei schnell und scharf operirt werden, die Schnittrichtung entsprechend den Gewebsfibrillen gewählt werden. Bei Basedow-Operationen vermeide er principiell die Narcose, die Infiltrationsanaesthesie erschwere die Orientirung.

Dr. v. Engelhardt-Riga referirt über die an einer 74-jährigen Patientin aus seiner Praxis von Kehr unter Schleich'scher Anaesthesie ausgeführte Operation eines eingeklemmten Cysticussteines sowie einer Verhärtung am Leberrande (Adenom oder Carcinom?), wobei die Operation glatt verlief und gut vertragen wurde. Bei alten Leuten müsse der Schleich'schen Methode ein Vorzug vor der Narcose gegeben werden, weil letztere wegen der oft vorhandenen latenten Schrumpfniere gefährlich sei.

Dr. v. Knorre-Riga. Die discutirte Methode finde in der Gynaekologie so gut wie keine Anwendung, weil dieselbe bei den grösseren abdominalen Operationen mit zu grossen Schwierigkeiten verbunden sei, die hauptsächlich darin bestehen, dass während der Operation von der Lösung immer wieder nachgespritzt werden müsse, was einen beträchtlichen Zeit-

verlust und diesem proportional bei längerem Offenbleiben der Bauchhöhle die Gefahr einer peritonealen Infection involvire. Müsse demnach bei grösseren abdominalen Operationen von der Localanaesthesie ganz abgesehen werden, so könnte sie allenfalls bei uncomplicirten beweglichen Ovarialtumoren und Ventrifixationen angewandt werden, während sie bei kleineren Operationen an den äusseren Genitalien aus Gründen der Decenz kaum zur Anwendung kommen könnte.

Prof. Kessler-Jurjew (Dorpat). Den Grund dafür, dass — wie Dr. v. Knorre soeben angeführt — bei den Gynaekologen das Cocain im Ganzen wenig Eingang gefunden habe, könne man vielleicht auch in Publicationen finden, welche im Jahre 1891 in Nr. 51 des Centralblattes für Gynaecologie erschienen und über höchst peinliche Nebenwirkungen berichteten, die bei Anwendung dieses Mittels behufs Umgehung der Narcose (bei Colporraphien) eingetreten waren; es hatte sich in diesen Fällen sofort nach der Injection unter noch anderweitigen alarmirenden Symptomen eine ganz colossale Polyurie eingestellt, welche lange andauerte. Die Wirkung genannten Berichtes auf K. war, dass er definitiv alle Lust verlor, sich ähnlichen Eventualitäten auszusetzen und er darauf hin von Cocain-Injectionen auch niemals Gebrauch gemacht habe. Manchem andern Gynaecologen mag es ähnlich ergangen sein. — Vielleicht komme noch ein zweites Moment in Betracht: gynaecologische Operationen werden vorzugsweise in Städten oder Orten ausgeführt, wo reichlichere Assistenz und auch ein Narcotiseur jederzeit leichter zu haben ist als auf dem Lande, das Bedürfniss nach einem Ersatz für die Narcose — die doch immerhin für viele gynaecologische Operationen (auch abgesehen von der durch sie häufig gegebenen Schonung des weiblichen Schamgefühls) ihre grossen Vorzüge und Vortheile habe — mache sich in der Stadt nicht so geltend wie für den Landarzt. Für Letzteren anerkenne er bereitwilligst den hohen Werth des von dem Vortragenden zum Lobe der Infiltrationsanaesthesie Beigebrachten.

Dr. v. Brackel-Libau. Der von Dr. v. Engelhardt angeführte Fall sei ein Ausnahmefall, der die Regel bestätige, dass die Schleich'sche Methode bei abdominalen Operationen nur selten anwendbar sei. Die von Dr. Engelhardt geäusserten Bedenken gegen die Chloroformnarcose halte er nicht für begründet, da gerade ältere und decrepide Leute die Narcose nicht selten besser als jüngere Individuen vertragen, weil sie viel weniger Chloroform nöthig hätten als letztere.

Dr. v. Gernet-Lemburg. Zur Vermeidung der Intoxicationsgefahr empfehle es sich NaCl und Codein zum Cocain zuzusetzen.

(Schluss folgt).

Vermischtes.

— Die Wahl des Kiewer Arztes, Staatsrath Dr. W. N. Prozenko zum Stadthaupt von Kiew für das nächste Quadriennium ist Allerhöchst bestätigt worden.

— Im December vorigen Jahres beging der Oberarzt des Woronesh'schen Gouvernements-Landschaftshospitals und Redacteur der medicinischen Zeitschrift «Medicinskaja Besseda», Dr. A. Ssabinin, das 25jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. (Don. — Wr.)

— Der Docent der Moskauer Universität, Dr. Maximilian v. Strauch — ein Sohn der Stadt Riga — hat, wie wir der «Düna-Ztg.» entnehmen, seiner Vaterstadt das ihm gehörige und an das Rigasche Stadtkrankenhaus angrenzende Immobil zum Geschenk mit der Bedingung angeboten, dass in der Frauenklinik des städtischen Krankenhauses ein Freibett auf den Namen des Vaters des Schenkers, des im besten Andenken stehenden, weil. Rentmeistergehilfen der livländischen Ritterschaft, August v. Strauch gestiftet werde.

— Dem Professor der Militär-Medicinischen Academie Dr. Pasternazki überreichten die Aerzte seiner Klinik am 12. December, anlässlich seines 25jährigen Gelehrten-Jubiläums, ein werthvolles Album und ein in Silber gebundenes Receptbuch.

— In Balachna (Gouv. Nishni-Nowgorod) beging am 1. Januar der dortige Landschaftsarzt Dr. N. A. Liwanow das 25jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit, welche er die ganze Zeit hindurch der Stadt und dem Kreise Balachna gewidmet hat. Auf der Jubiläumsfeier wurden ihm mehrere Adressen und ein Werthgeschenk dargebracht. (Wolgar. — Wr.)

— Der Prosector der gerichtlichen Medicin und Privatdocent Dr. P. A. Minakow in Moskau ist zum ausserordentlichen Professor der gerichtlichen Medicin an der Moskauer Universität gewählt worden.

— Die Academie der Wissenschaften hat die Prämie von L. L. Rklizki für Arbeiten, betreffend anatomisch-mikroskopische Untersuchungen des Central-Nervensystems, dem Professor des weiblichen medicinischen Instituts Dr. A. Dogel zuerkannt. Die Baer-Prämien im Betrage von 1000 Rbl. und 500 Rbl. sind von der Academie zu gleichen Theilen (750 Rbl.) Prof. W. Bechterew für seine Arbeit «Ueber die Structur des Gehirns» und Prof. I. P. Pawlow für seine Arbeit «Ueber die Physiologie der Verdauung» verliehen worden.

— Ordensverleihungen: Der St. Wladimir-Orden 4. Classe — dem Oberarzt des Ismailowschen Invalidenhauses Kaiser Nikolai I. in Moskau, wirkl. Staatsrath Dr. Wilhelm v. Raison und dem Brigadearzt der I. turkestanschen Schützenbrigade, Staatsrath Dr. Jacob Finkelstein.

— Ernannt: Der Corpsarzt des III. sibirischen Armeecorps Staatsrath Dr. Solnzew — zum Corpsarzt des VII. Armeecorps und der Corpsarzt des Landungscorps, Staatsrath Dr. Larionow — zum Gehilfen des Militär-Medicinalinspectors des Warschauer Militärbezirks.

— Verstorben: 1) In Reval am 23. December Dr. Anton Henrici im 36. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war in Odessa geboren und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1882—1889 studirte. Nach Absolvirung des Cursus wurde er Militärarzt und bekleidete viele Jahre die Stellung eines jüngeren Ordinators am Militärlazareth in Helsingfors. — 2) Am 11. Januar in Moskau der dortige städtische Sanitätsarzt Dr. W. K. Popandopulo an einem Herzleiden im 60. Lebensjahre. Nach Absolvirung seiner Studien an der Moskauer Universität im Jahre 1862 war der Verstorbene anfangs Arzt bei der Arrestanten-Compagnie, dann viele Jahre hindurch Arzt des Dreifaltigkeits-Hospitals für psychischkranke Frauen und zugleich Sanitätsarzt in Moskau. Neben seiner ärztlichen Praxis ist P. auch vielfach literarisch thätig gewesen; seine Arbeiten veröffentlichte er im «Wratsch» und in verschiedenen Tagesblättern. — 3) In St. Petersburg der Ordinator der Maximilian-Heilanstalt Dr. Theodor Lilejew. Der Verstorbene hat seit 1884 die ärztliche Praxis ausgeübt. — 4) In Moskau der Ordinator des Mjasnizki-Stadthospitals Dr. Alexei Tichomirow. Obschon der Hingeschiedene 25 Jahre als Arzt thätig gewesen ist, so hat er doch seine Familie ganz mittellos hinterlassen. — 5) In Davos-Platz der dortige langjährige Curarzt Dr. Alexander Spengler im Alter von 74 Jahren. Er war einer der Ersten, der die von Dr. Brehmer zuerst eingeschlagene Richtung in der Behandlung der Phthisis befolgte.

— Zum Nachfolger von Prof. Fehling auf dem Lehrstuhl der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität Halle ist Prof. Dr. Bumm aus Basel ernannt worden.

— Der Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie Dr. Richard Frommel in Erlangen legt zum Schluss dieses Wintersemesters sein Lehramt nieder und siedelt nach München über. (Allg. med. C.-Ztg.)

— In dem Zustande des Prof. Rieder, der, wie wir vor einiger Zeit mittheilten, durch einen Sturz auf dem Neubau der medicinischen Schule in Constantinopel schwere Verletzungen sich zuzog, soll eine erfreuliche Besserung eingetreten sein.

— Aus dem Jahresberichte der Moskauer Universität, welche am 12. Januar ihren 146. Jahrestag mit dem üblichen Festact beging, bringen wir nachstehend einige Daten. Die Gesammtzahl der Studirenden betrug am Ende des verflossenen Jahres 4228, von denen 1140 der medicinischen Facultät angehörten. Dazu kamen noch 143 freie Zuhörer und 191 Pharmaceuten. Das Lehrpersonal bestand aus 87 Professoren (von denen 23 ordentliche und 11 ausserordentliche Professoren der medicinischen Facultät angehörten), 6 Prosectoren, 1 astronomischen Beobachter, 4 Lectoren und 170 Privatdocenten. Für die Lösung der Preisaufgaben gelangten in der medicinischen Facultät 2 goldene und 4 silberne Medaillen zur Vertheilung. An medicinischen Graden und Würden wurden von der medicinischen Facultät im verflossenen Jahre ertheilt: die Würde eines Medicinalinspectors — 1 Person, die Doctorwürde — 10 Personen, die Würde eines Kreisarztes — 200 Personen, der Grad eines Mag. pharm. — 4 Personen, eines Provisors — 115, eines Apothekergehilfen — 70, eines Dentisten — 12 und einer Hebamme — 204 Personen. Zum Unterhalt der Universität waren im verflossenen Jahre 1,299,612 Rbl. ausgesetzt.

— Die Zahl der Medicin-Studirenden an den deutschen Universitäten beträgt im laufenden Wintersemester 7113 gegen 7543 im vorigen Winter. Es hat also eine Abnahme unter den der Heilkunde Beflissenen stattgefunden, worin die «Allg. med. C.-Ztg.» einen Beweis findet, dass der Nothstand eines grossen Theils der Aerzte zur Kenntniss weiterer Schichten der Bevölkerung zu kommen beginnt. Die Zunahme der Aerztezahl im Deutschen

Reiche dauert im Grossen und Ganzen noch fort, doch ist anzunehmen, dass auch hierin in nicht allzulanger Zeit wohl ein Wandel eintreten wird, weil eben die Zahl der Medicin-Studirenden an den deutschen Universitäten erheblich gesunken ist.

— Der 19. Congress für innere Medicin findet vom 16.—19. April 1901 in Berlin statt.

Präsident ist Herr Senator (Berlin).

Folgende Themata sollen zur Verhandlung kommen:

Am ersten Sitzungstage, Dienstag den 16. April 1901.

Herzmittel und Vasomotorenmittel.

Referenten: Herr Gottlieb (Heidelberg) und Herr Sahli (Bern).

Am dritten Sitzungstage, Donnerstag den 18. April 1901.

Die Entzündung des Rückenmarkes.

Referenten: Herr von Leyden (Berlin) und Herr Redlich (Wien).

Folgende Vorträge sind bereits angemeldet:

Herr Bier (Greifswald): — Auf Wunsch des Geschäftscomités —: «Ueber die Anwendung künstlich erzeugter Hyperämien zu Heilzwecken».

Herr Smith (Schloss Marbach): «Die Functionsprüfung des Herzens und sich daraus ergebende neue Gesichtspuncte».

Herr Schütz (Wiesbaden): «Ueber die Hefen unseres Verdauungscanals».

Herr J. Hofmann (Schloss Marbach): «Ueber die objectiven Wirkungen unserer modernen Herzmittel auf die Herzfunction».

Herr Hirschberg (Frankfurt am Main): «Die operative Behandlung der hypertrophischen Lebercirrhose».

Herr v. Strümpell (Erlangen): «Ueber Myelitis».

Herr Schott (Nauheim): «Ueber das Verhalten des Blutdruckes bei der Behandlung chronischer Herzkrankheiten».

Herr Strasburger (Bonn): «Gährungsdyspepsie der Erwachsenen».

Herr Hugo Wiener (Prag): «Ueber synthetische Bildung der Harnsäure im Thierkörper».

Herr Münzer (Prag): «Zur Lehre von der Febris hepatica intermittens nebst Bemerkungen über Harnstoffbildung».

Herr Litten (Berlin): Thema vorbehalten.

Herr Hermann Strauss (Berlin): «Demonstration eines Präparates von «idiopathischer» Oesophagus Dilatation».

Herr Martin Mendelsohn (Berlin): «Ueber die Erholung des Herzens als Maass der Herzfunction».

Theilnehmer für einen einzelnen Congress kann jeder Arzt werden. Die Theilnehmerkarte kostet 15 Mark. Die Theilnehmer können sich an Vorträgen, Demonstrationen und Discussionen betheiligen und erhalten ein im Buchhandel ca. 12 Mark kostendes Exemplar der Verhandlungen gratis.

— Um ein bleibendes Andenken an den im vorigen Sommer verstorbenen hiesigen Augenarzt Prof. Hermann Dohnberg zu stiften, in dessen Fortbildungscursen so viele auswärtige Aerzte (namentlich Landschaftsärzte) ihre Kenntnisse in der Augenheilkunde erweitert haben, hat die «Gesellschaft zur gegenseitigen Unterstützung der Aerzte, welche behufs wissenschaftlicher Vervollkommnung nach St. Petersburg kommen», beschlossen, ein Capital zu sammeln, dessen Zinsen zur Stiftung eines Stipendiums oder eines Freibettes auf den Namen des Verstorbenen in einem der Landschaftshospitäler oder auch zu irgend einem anderen guten Werke verwandt werden könnten. Die zur Ausführung dieses Beschlusses erwählte Commission wendet sich nun an alle Collegen und die zahlreichen Schüler und Verehrer des verstorbenen Prof. Dohnberg mit der Bitte, ihre Beiträge zu diesem Capital an die nachstehenden Commissionsmitglieder einzusenden: Prof. D. O. Ott (Спб., Набережная фонтанки № 148), Dr. W. L. Jakobson (Спб., Николаевская № 12) und Dr. G. E. Wygodski (Спб., Вас. Островъ, Университетская набережная № 21). Bf.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 31. Dec. 1900 bis zum 6. Jan. 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
324	251	575	145	3	2	156	47	114	18	8	18	57	63	65	63	0

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 1, Typh. abd. 12, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 5, Scharlach 13 Diphtherie 24, Croup 0, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 28, Erysipelas 4, Grippe 2, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 4, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 97, Tuberculose anderer Organe 21, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 30, Marasmus senilis 26, Krankheiten der Verdauungsorgane 51, Todtgeborene 20.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 23. Jan. 1901.

Tagesordnung: Petersen: Ueber Lupus (mit Krankendemonstration).

Fortsetzung der Wahlen für den Ausschuss.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 12. Februar 1901

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Olga Bode, Вас. остр., 14 лин., д. 33 кв. 2.

Marie Mohl В. О. 1. л. 44, кв. 3.

Schwester Elise Tenisson, Невскій просп. д. 136, кв. 13.

Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau Hasenfuss Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Ольга Свѣтлова, Сергіевск. д. 17, кв. 19.

Вера Федоровна Панова, Спасская ул. д. 24, кв. 7.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Frau Gülzen, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 10.

Дозв. ценз. Спб., 20 Января 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

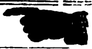
Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 4 St. Petersburg, (9. Februar) 27. Januar 1901

Dieser № liegt «№ 1 der Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften» bei. 

Zweimalige Inversio uteri post partum bei derselben Patientin.

Nach einem Vortrage
von
Dr. Eduard Gilbert.

Die Seltenheit der Inversio uteri post partum möge es mir gestatten einen Fall von Inversio uteri post partum der Oeffentlichkeit zu übergeben. Ich halte denselben für um so interessanter, als ich Gelegenheit hatte dieses so seltene Ereigniss zweimal bei ein und derselben Patientin zu beobachten. Der Fall ist folgender:

Am 10. August 1885 wurde ich, damals als Landarzt thätig, in das Gross-Elley'sche B.-Gesinde zu einem Scharlachkranken Kinde gerufen. Nachdem ich bei demselben meine Verordnungen getroffen hatte und mich schon auf den Heimweg begeben wollte, bat mich der Vater des Kindes, der Wirth des Gesindes, doch auch eine Wöchnerin zu besichtigen, da derselben bald nach der Geburt alles herausgefallen sei. Von derselben erfuhr ich nun folgendes:

Anna B., 36 Jahre alt, seit 10 Jahren verheirathet, hat 3 normale Geburten durchgemacht. Alle diese verliefen leicht und nach denselben war sie vollständig gesund. Letzte Geburt vor 2 Jahren. Die Regel war eine regelmässige und dauerte höchstens 5 Tage. Am 10. November 1884 blieb die Regel aus und Patientin fühlte sich zum vierten Male schwanger. Die Schwangerschaft nahm den gewöhnlichen Verlauf mit anfänglichem Erbrechen und späterem Wohlbefinden. Am 10. August 1885 traten um 11 Uhr Morgens die ersten Wehen ein und um 4 Uhr Nachmittags gebar Patientin einen gesunden Knaben. 15 Minuten nach der Geburt des Kindes erfolgte die spontane Ausstossung der Placenta und die bis dahin recht beträchtliche Blutung hörte vollständig auf. Nachwehen verspürte Patientin nach der Ausstossung der Nachgeburt nicht. Um 5 Uhr Nachmittags, also nur eine Stunde nach der Geburt, stand Patientin auf, ging eine ziemlich hohe und steile Treppe nach unten und trug von dem etwa 100 Schritt entfernten Brunnen eine Tracht Wasser, also 2 Eimer voll, auf den Schultern die Treppe nach oben. Auf derselben angelangt, stürzte sie ohnmächtig zu Boden. Als sie aus der Ohnmacht erwacht war und sich zu ihrem Bett geschleppt hatte, bemerkte sie, dass ihr ein grosser Körper aus der Scheide vorgetreten sei. Eine Blutung hatte nicht stattgefunden. In der Hoffnung, der Körper werde allmählich zurücktreten, hatte sie nicht zum Arzt geschickt. Nachdem ich mich, so gut es unter den obwaltenden Umständen möglich war, desinficirt hatte, ging ich an die Besichtigung der Kranken. Patientin ist eine ziemlich starke, grosse Person. Sie sieht, wie gewöhnlich die Bauerweiber in Kurland, bedeutend älter aus als sie Jahre zählt. Sie ist stark anämisch, die Muskulatur und der Paniculis adiposus ist aber gut entwickelt. Vor der Scheide liegt ein kindskopf-grosser Tumor mit an ihm haftenden Blutgerinnseln bedeckt und mit Sand und Schmutz besudelt. Nach ausgeführter Reinigung desselben mit lauwarmem Carbolwasser erkennt man, dass die Oberfläche des Tumors von sammetartiger Beschaffenheit und röthlich dunkler Farbe ist. Auf der Höhe des Tumors, gerade in der Mitte desselben, ist eine beinahe handgrosse Stelle, die ein zottiges und zerrissenes Aussehen zeigt. Sie sieht uneben aus, ist dünner als die übrige Wand des Tumors und man bemerkt deutlich in ihr einige federkieldicke venöse Gefässe, die klaffend und mit Blutcoagulis bedeckt und durch solche verschlossen sind. Der Tumor selbst erscheint hohl, die Wand des Tumors schlaff, von weicher Consistenz und beträchtlicher Dicke. Den Stiel des Tumors kann man bis tief in die Scheide verfolgen, wo derselbe sich hinter den ihn umschliessenden Muttermundlippen direct in die Uterussubstanz fortsetzt und mit der Portio die sowohl vorne als auch hinten erhalten ist, in allseitiger Continuität steht. Die auf den Bauchdecken palpirende Hand findet die Bauchhöhle leer und man kann deutlich durch die schlaffen Bauchdecken hindurch in einen Trichter gelangen, der sich in das kleine Becken, bis in das Innere der aus der Scheide hervorragenden Geschwulst hinein erstreckt. Rechts und links von der Gegend der Ovarien ausgehend, findet man stark gespannte Stellen, wahrscheinlich die Ligamenta ovarii.

Die Diagnose war in diesem Falle unzweifelhaft klar. Liess schon das Fehlen des Uterus in der Bauchhöhle auf eine Inversio uteri schliessen, so wurde die Diagnose dadurch bestätigt, dass man statt des Uterus einen ins kleine Becken und in die Geschwulst hineinführenden Hohlraum fand. Der Tumor erschien auch bei der Betastung hohl, die sammetartige Beschaffenheit der Oberfläche des Tumors liess erkennen, dass der Tumor selbst das invertirte Organ und die zottige Stelle auf der Höhe und in der Mitte des Tumors die Placentarstelle sei. Zur unumstösslichen Gewissheit wurde die Diagnose durch die innere Untersuchung mit der ganzen Hand. Hier fühlte man, dass der Tumor allseitig von den Muttermundslippen umgeben war und man konnte ganz deutlich combinirt die Umschlagsstelle des Uterus abtasten und sah nun, dass die Umschlagsstelle allseitig die directe Fortsetzung der Cervix bildete.

Die Reposition der Inversio gelang spielend leicht. Ein geringer auf der Höhe des Tumors ausgeübter Druck mit

der einen Hand, während die andere den Stiel des Tumors in der Scheide comprimirte, brachte die Inversio zum Verschwinden. Ich ging mit der Hand dem Fundus nach und überzeugte mich, dass der Fundus sich ausgeglichen hatte. Unterdessen war Ergotin, Lysol, ein Irrigator, kurz mein ganzes geburtshilfliches Instrumentarium gebracht worden, ich konnte einige Secaleeinspritzungen machen, die Uterushöhle gründlich ausspülen und die nach der Reposition eingetretene Blutung mühelos stillen. Nachdem ich mich nochmals von den Bauchdecken aus überzeugt hatte, dass der Fundus uteri eine convexe Gestalt hatte und dass der Contractionszustand des Organs ein hinreichend guter war, verliess ich Patientin mit der dringenden Weisung das Bett vor 14 Tagen nicht zu verlassen. Das Wochenbett verlief ohne jede weitere Störung. Eine 6 Wochen später vorgenommene Untersuchung der Patientin bestätigte die Angabe derselben, dass sie gesund sei. Der Uterus stand anteflectirt, hatte sich gut zurückgebildet und die Adnexe boten nichts abnormes. Patientin stillte das Kind selbst.

Am 30. November 1887 wurde ich in der Nacht zu derselben Patientin gerufen. Auf dem Wege zu ihr sagte mir der Mann derselben, der mir damals als Kutscher diente, er glaube nicht, dass ich Patientin noch lebend antreffen würde. Er erzählte, Patientin habe wiederum am Ende der normalen Schwangerschaft ein lebendes Kind geboren, die Geburt habe nicht volle 2 Stunden gedauert, die Nachgeburt sei sogleich spontan gefolgt, da sei aber eine so starke Blutung eingetreten, dass Patientin ohnmächtig geworden sei. Er fügte zuletzt hinzu, es käme der Patientin wiederum Alles heraus, die Hebamme sässe und hielte den Vorfall zurück. Ich hatte 8 Werst bis zum Wohnort der Patientin zurückzulegen, machte dieselben sehr rasch ab, dennoch sah ich sofort bei dem ersten Blick auf die mir bekannte Patientin, dass der Zustand ein verzweifelter war. Das ganze Bett und der Fussboden um das Lager schwammen geradezu in Blut. Die Patientin war wachsbleich, das Auge halb gebrochen, der Athem kalt, der Körper mit einem klebrigen, kalten Schweiss bedeckt, der Puls kaum fühlbar, die Herztöne kaum mit dem Stetoskop hörbar. Vor meiner Ankunft war starkes Erbrechen gewesen und Patientin hatte sich viel hin und her geworfen. Jetzt war das Sensorium vollständig getrübt, denn Patientin erkannte ihre Umgebung nicht mehr und antwortete auf an sie gerichtete Fragen mit leise gesprochenen aber nicht zu verstehenden Worten. Da sie im Augenblick nicht blutete und die Hebamme die Inversio zurückhielt, so machte ich mehrere Campherinjectionen, liess die Beine hochlagern und sie mit Binden wickeln, machte eine subcutane Kochsalzinfusion von etwa einem Liter physiologischer Kochsalzlösung unter die Haut zwischen den beiden Schulterblättern und liess etwa einen Liter derselben Lösung in den Darm einfliessen, reichte Cognac und schwarzen Kaffee. Ich ging jetzt, in der Meinung, es handle sich auch um die Erscheinungen des Shoks, mit der Hand in die Scheide ein, musste dieselbe jedoch bis über den inneren Muttermund hinaus in den Uterus einführen, um auf die invertirte Stelle zu gelangen. Dass eine solche wiederum vorlag, das bestätigte die auf den Bauchdecken palpirende Hand. Wiederum fehlte der convexe Rand des Uterus und ich konnte durch die schlaffen Bauchdecken deutlich den oberen Rand und die Oeffnung des Trichters fühlen. Die invertirte Stelle lag auch dieses Mal auf der Höhe des Fundus uteri, gerade in der Mitte desselben und es war fast der ganze Fundus uteri in die Inversio hineingestülpt. Auch dieses Mal glich sich die Inversio dadurch leicht aus, dass ich die Spitze des Trichters mit der in dem Uterus liegenden Hand umfasste und vorschob. Ich entfernte jetzt die Hand aus dem Uterus, machte noch einige Campherinjectionen und wollte eine nochmalige subcutane Kochsalzinjection vorbereiten, da trat der letzte Athemzug ein und Patientin verschied. Seit meiner Ankunft bis zum Tode der Patientin waren etwa 25 Minuten vergangen, Patientin hatte aber während meiner Anwesenheit nicht einen Tropfen Blut verloren.

Ich möchte mir nun erlauben zu dieser Krankengeschichte einige Worte hinsichtlich des Vorkommens und der Entstehung der Inversio uteri post partum im Allgemeinen wie auch für meinen speciellen Fall hinzuzufügen. Ich habe schon in der Einleitung zu meinem Fall erwähnt, dass die Inversio uteri post partum eine sehr seltene Erscheinung ist. Wie selten aber dieselbe eigentlich vorkommt, das wurde mir erst bei Durchsicht der Literatur über diesen Gegenstand klar. In der mir zu Gebote stehenden Literatur fand ich, dass die Inversio uteri post partum im Dubliner Gebärhause unter 190,000 Geburten nur einmal zur Beobachtung kam. In der Danziger Klinik wurde sie unter 14,800 Geburten kein Mal gesehen, so dass diese Klinik von 1818—1893 kein Mal dieses Ereigniss zu verzeichnen hatte. Depaul, Fritsche und Horwitz sahen je nur einen Fall. Braun hatte unter 280,000 Geburten keinen und im St. Petersburger Gebärhause kam kein einziger Fall zur Beobachtung. Obgleich nun diese Angaben aus Kliniken und Gebärhäusern stammen, wo die Geburten unter kundiger, sachgemässer und bis zum Ablauf der Geburt dauernder Leitung und Beaufsichtigung stehen, so scheint die Inversio uteri selbst dort, wo dieses nicht der Fall ist, also auch ausserhalb der Klinik ein sehr seltenes Ereigniss zu sein, denn wenn ich auch in der Literatur einige Fälle über diese Frage gefunden habe, so sind diese Angaben doch recht spärliche und seltene. Jedoch will ich hiermit nicht die schon lange feststehende Thatsache bestritten haben, dass das Vorkommen der Inversio uteri post partum ausserhalb einer geschlossenen Anstalt ein häufigeres sein möge als in diesen. Kein Wunder, denn die Inversio uteri post partum und deren Folgeerscheinungen gehören ja entschieden zu den Ereignissen der Geburt, deren Eintritt sich durch eine sachgemässe Leitung derselben unbedingt vermeiden lässt. Dieser Satz lässt sich leicht durch einen Blick auf die Aetiologie der Inversio uteri post partum erhärten. Alle Autoren stimmen ja darin überein, dass eine Inversio uteri post partum nur dann zu Stande kommen kann, wenn eine allgemeine oder partielle Atonie des Uterus bei weiter Höhle und Eröffnung des Muttermundes besteht. Nur wo diese Vorbedingungen erfüllt sind, kann eine Inversio uteri eintreten. Jede allgemeine Muskelcontraction, also auch eine jede normale Wehe setzt dem Zustandekommen einer Inversio uteri unüberwindliche Hindernisse entgegen. Besteht nun eine partielle auf den Fundus beschränkte oder allgemeine Atonie des soeben durch die Geburt des Kindes und der Placenta entleerten Organs, bleibt die Höhle weit, der Cervix schlaff und der Muttermund geöffnet, so ist eo ipso verständlich, dass jeder einseitige Druck von oben her oder Zug von unten her, etwa an der Nabelschnur bei noch festhaftendem Mutterkuchen eine Einstülpung des Fundes uteri zur Folge haben muss. Es entsteht nun im Grunde des Uterus eine Delle. Tritt jetzt eine Contraction des Uterus ein, so wird sich in den meisten Fällen diese Delle ausgleichen und die drohende Inversio hat sich von selbst reconstruirt. Dass ein solches Vorkommniss nicht so selten ist, dessen erwähnt Fritsch und dieses ist wohl von Manchen beobachtet worden. Ich selbst habe ein solches Vorkommniss nicht ganz selten erlebt. Bleibt nun aber die allgemeine oder partielle Atonie des Uterus bestehen, sei es in Folge eines allgemeinen Schwächezustandes, in Folge von Blutungen oder sonstigen körperlichen Gebrechen, oder in Folge schlechter Innervation des Organes, oder ist die Wand des Fundus durch den Sitz der Placenta an ihr verdünnt, so wird sich, wenn Zug oder Druck auf den Fundus noch weiter einwirken, derselbe immer mehr und mehr einstülpen und so aus der Delle ein Trichter entstehen, indem die Uteruswand proportional der vorhandenen Atonie und der auf sie einwirkenden Kraft hineingleitet. Die Inversio beschränkt sich nun bald nicht mehr auf den Fundus allein, die Corpuswand gleitet immer mehr und mehr in den Inversionstrichter hinein, der Fundus schiebt sich durch den inneren und äusseren Muttermund, tritt durch die Scheide vor die Vulva und die Inversion ist perfect. Dass sich dabei das hintere Segment der Cervix vollständiger umdrehen kann als das vordere, ist wegen der wenig festen anatomischen Verbindung des hinteren Uterinsegmentes klar. Die recto- und vesico-uterinen Bänder leisten der Umdrehung nicht genügend Widerstand. Anders ist dieses vorne. Hier ist das vordere Uterinsegment mit der Blase in so inniger Verbindung und die Peritonealanheftung eine so straffe, dass es zur

vollständigen Umdrehung nie kommen kann. Hier macht daher der vordere Fornix die Drehung nicht mit, die Muttermundslippen als solche bleiben immer erhalten. Die Sonde dringt am vorderen Fornix auch immer höher zwischen Uterus und den ihn umschliessenden Muttermundslippen ein, als am hinteren Segment der Scheide. Dass jetzt die Schleimhaut des Uterus zu Tage getreten ist, die Peritonealflächen des Uterus nach innen gekehrt eine Höhle bilden, in der bei einer frischen Inversion das Netz, die Darmschlingen, Ovarien und Tuben enthalten sein können, dass die Lig. lata, rotunda, die Lig. sacro- und recto-uterina, die Blase und der Mastdarm gezerrt sind, sind verständliche Dinge. Erwähnen möchte ich nur nochmals, dass es zu so hochgradigen Inversionen höchst selten kommt, denn früher oder später treten Wehen ein und gebieten dem Fortschreiten der Inversio einen Halt.

Ich habe diese allbekannten Vorgänge so genau recapitulirt, weil sich an der Hand dieser Schilderung klar und deutlich die Entstehung der Inversio uteri, die Ausbildung derselben, die anatomischen Verhältnisse, ja die Diagnose und die Symptome leicht herleiten lassen.

Wenn wir nun eine Inversio uteri post partum so selten sehen, so hat dieses ohne Zweifel zumeist darin seinen Grund, dass vollständige Atonien des Uterus, so hochgradige Erschlaffungen des Organes bei weiter Höhle und offenem Muttermunde zu den seltensten Erscheinungen nach der Geburt gehören. Fast immer bleibt nach der Geburt des Kindes bei noch haftender Placenta ein gewisser Tonus in diesem Muskel erhalten. Erst nach der theilweisen oder vollständigen Lösung der Nachgeburt oder der Geburt derselben tritt für eine kurze Zeit eine Erschlaffung des Organs ein, untersucht man aber in diesem Augenblick, so findet man in fast allen Fällen die Gebärmutter schon wenigstens um die Hälfte ihres Volumens verkleinert und den Muttermund bis zu einem gewissen Grade, der Abnahme der Grösse des Organs entsprechend, verengert. Wo dieses nicht der Fall ist, da haftet die Placenta noch im Cavum uteri, sei es, dass sie in ganzer Ausdehnung, sei es dass sie nur theilweise noch adhärent sitzt. Im letzteren Falle finden sich neben dem Mutterkuchen im Cavum uteri mehr oder minder geronnene Blutmassen, die ihrerseits mit der Placenta die Wände des schlaffen Organes ausdehnen und auf dasselbe einen Reiz ausüben, es so zur Contraction und zur endgiltigen Zusammenziehung anregend. Spiegelberg schreibt diesem Factor dieselbe Bedeutung zu wie ich. Er sagt: wenn bei praecipitirten Geburten die Inversio nicht häufiger vorkommt, so liegt es daran, dass die Bauchpresse in der Regel einen Contractionsreiz für den Uterus abgiebt und dass bei plötzlicher Entleerung desselben mit ungenügender Zusammenziehung die Höhle sich meist mit Blut füllt und dadurch der positive Intraabdominaldruck wiederhergestellt wird und das Blut als solches als Contractionsreiz wirkt.

In der Aetiologie der Inversio uteri post partum werden von allen Autoren zwei Factoren besonders hervorgehoben, die bei bestehender Atonie des Uterus eine Inversion nach der Geburt hervorzurufen im Stande sein sollen. Es sind dieses der Zug und der Druck. Untersucht man nun genauer, welchem von diesen beiden wohl die Hauptrolle bei der Entstehung einer Inversio zukommt, so bin ich der Meinung, dass der Zug in viel seltneren Fällen die Ursache dieses Zufalles ist. Als Beweis für diese meine Ansicht möchte ich folgendes anführen. Die einzige Art, in welcher etwa ein Zug auf den Fundus uteri von unten aus ausgeübt werden kann, ist der an der Nabelschnur bei noch ganz oder theilweise festsitzender Placenta, vorausgesetzt, dass keine Complicationen im Cavum uteri, wie Polypen, langgestielte Myome u. s. w. vorliegen. De facto wird nun von vielen Autoren angegeben, dass die Inversio uteri post partum früher eine viel häufigere Erscheinung gewesen sein soll, weil die Hebammen häufig den Zug an der Nabelschnur übten, dass dieselbe jetzt deshalb seltener beobachtet werde, weil heut zu Tage die Hebammen gelernt hätten, diese Manipulation nach der Geburt als gefährlich zu unterlassen. Man liest ferner in vielen Lehr- und Handbüchern, dass in Frankreich, wo der Zug an der Nabelschnur bei den Hebammen heute noch in Gebrauch ist, die Inversio uteri post partum ein nicht so seltener Zufall sei. Wenn ich es auch nicht bestreiten kann, dass diese Thatsachen der Wirklichkeit entsprechen, so ist damit jedoch meiner Meinung nach nicht der Beweis geliefert, dass factisch dem Zuge an der Nabelschnur die Entstehung der Inversio uteri in diesen Fällen beizumessen ist. Ich habe es in allen Lehrbüchern und Abhandlungen über diesen Gegenstand scharf bezeichnet gefunden, dass als Hauptvorbedingung zur Hervorrufung einer Inversio uteri post partum die vollständige oder partielle Atonie des Uterus erforderlich ist und dass nur dort, wo eine solche vorausgeht, eine Inversio entstehen kann. Danach zu schliessen, müssen Atonien des Uterus sowohl früher anderswo, als auch jetzt in Frankreich häufiger vorgekommen sein und diese wären auch heute vor allen als Grundursache der Inversion zu bekämpfen. Weiter ist von Hennig darauf aufmerksam gemacht worden, dass die Anheftung der Nachgeburt gerade im Fundus eine wirksame Ursache der Einstülpung des Fundus uteri sei und in der That fand Hennig in 33 von ihm gesammelten Fällen, in denen der Kuchensitz am invertirten Uterus bestimmt wurde, die erwähnte Anheftung vor. Ferner hat Rokitansky die Meinung geäussert, dass der Eintritt einer Inversio uteri post partum eine partielle Lähmung des Fundus begünstige. Er lässt eine solche durch langdauernde Blutungen entstehen. Weiter möchte ich auch dessen erwähnen, dass die Wand des Fundus uteri in Folge des an ihr haftenden Mutterkuchens verdünnt sein und somit dem Eintritt einer Inversio uteri Vorschub leisten kann. Treffen alle oder mehrere dieser Momente nach der Geburt des Kindes zusammen, so will ich es nicht vollständig in Abrede stellen, dass wohl hier und da das Ziehen an der Nabelschnur im Stande ist eine Inversion zu erzeugen. Für die Fälle aber, wo nur der geringste Tonus in der Gebärmutter erhalten ist, da wo die Nachgeburt nicht in ganzer Ausdehnung am Fundus adhärirt und auch da, wo der Kuchensitz nicht in der Mitte des Fundus uteri liegt, möchte ich dem Zuge an der Nabelschnur nicht diese Bedeutung beimessen und zwar aus folgenden Gründen. Ich halte die Nabelschnur normaliter für ein viel zu schwaches, zerreissliches Gebilde, um den geringsten Tonus in dem Organe zu überwinden. Wo in solchen Fällen an der Nabelschnur gezogen wird, da reisst dieselbe mehr oder weniger hoch ab, bevor der Zug noch irgend eine Einwirkung auf die convexe Wand des Fundus ausüben kann. Ich erinnere mich aus der Praxis nicht weniger Fälle, wo ich zu einer sogenannten Retention einer Nachgeburt gerufen wurde, die Nabelschnur, an der die Hebamme gezogen hatte, durchtrennt fand, ein geringer Druck meinerseits auf den Fundus hinreichend war, um den Mutterkuchen zu expriwiren. Oft gelang es so leicht, dass dazu nicht der geringste Kraftaufwand nöthig wurde. Ein ganz schwacher Druck mit der auf den Fundus flach aufgelegten Hand genügte dazu. Haftete der Mutterkuchen aber nicht mehr am Fundus, respective seitlich an der Wand des Uterus, und war er theilweise oder auch ganz gelöst, so kenne ich keinen Fall, wo die Nabelschnur von einer solchen Stärke gewesen, dass es der Hebamme auch nur gelungen wäre mit Hilfe derselben die Placenta durch den meist jetzt schon etwas verengten Muttermund zu

entfernen. Dieselbe war auch ein jedes Mal abgerissen und ein von mir mehr oder weniger stark auf den Fundus ausgeübter Druck förderte die Placenta zu Tage. Beweisend aber dafür, dass der Zug an der Nabelschnur äusserst selten dazu im Stande ist eine Inversio uteri post partum hervorzurufen, war mir ein Fall, den ich vor nicht langer Zeit erlebte. Ich wurde wiederum zu einer Retention einer Nachgeburt gerufen. Auch hier hatte die Hebamme die Nabelschnur abgerissen. Ich fand den Uterus gross, ziemlich schlaff, kugelig gewölbt, den Muttermund weit geöffnet vor. Da über 2 Stunden seit der Geburt des Kindes vergangen waren, so versuchte ich durch vorsichtiges Reiben des Fundus eine Wehe einzuleiten und in dem Augenblick, als ich wahrzunehmen glaubte, dass eine solche eingetreten sei, exprimirte ich den Mutterkuchen durch einen ziemlich sanften Druck mit der flachen Hand. Die Nachgeburt erschien sofort, nach derselben trat aber eine so starke Blutung ein, wie ich das selten gesehen habe. Ich wollte den Fundus durch Reiben zur Contraction bringen, bemerkte aber zu meinem nicht geringen Erstaunen, dass der convexe Rand des Uterus fehlte. Ich ging nun, nachdem ich mich desinficirt hatte, mit der Hand in das Cavum uteri ein und konnte sehr deutlich eine geringe Delle im Fundus uteri abtasten und dieselbe ausgleichen. Die Blutung gelang mir nicht anders als durch die Tamponade des Uterus zu stillen. Bei Besichtigung des Mutterkuchens fand ich denselben von normaler Grösse und Beschaffenheit. Das centrale Ende der Nabelschnur, das noch am Mutterkuchen erhalten war, war von recht beträchtlicher Dicke und ziemlich fester Structur. Dennoch hatte hier der Zug an der Nabelschnur bei schlaffem Uterus nicht die Folgen wie der Druck von oben her auf das etwas contrahirte Organ gehabt. In meinem zu Anfangs geschilderten Falle ist dem Zuge weder das erste noch das zweite Mal die Entstehung der Inversio uteri zuzuschreiben. Ich werde bei Besprechung der übrigen Ursachen der Inversio uteri post partum späterhin noch die Gelegenheit wahrnehmen zu zeigen, dass auch hier dem Druck von oben her die Inversio des Uterus zu verdanken ist. Hier möchte ich nur erwähnen, dass ich beim zweiten Male nach dem Tode der Patientin die Nabelschnur wie auch den Mutterkuchen intact fand und nach Aussage aller Anwesenden kein Zug an der Nabelschnur von der Hebamme versucht worden war.

Wenn ich demnach dem Zuge an der Nabelschnur nicht die Bedeutung zumesse, wie die meisten Autoren, so will ich doch demselben nicht das Wort geredet haben. Ich halte diese Manipulation für eine zwecklose die folglich durchaus zu verwerfen ist. Als zweite Hauptursache, die bei bestehender Atonie nach einer Geburt eine Inversio uteri post partum hervorzurufen im Stande ist, wird einstimmig von allen Autoren der Druck genannt. Derselbe kann in verschiedener Weise auf den Fundus uteri einwirken. Hauptsächlich kann er von der Patientin selbst wie auch von anderen Personen ausgeübt werden. Welcher von diesen Arten nun häufiger die Inversio uteri post partum ihren Beginn und Ausbildung verdankt, dieses zu entscheiden, scheint mir unmöglich. Darüber könnten nur sehr exacte und ausführliche Aufzeichnungen, wie ich sie in der Literatur über diesen Gegenstand nicht gefunden habe, Aufklärung geben. Jedenfalls möchte ich es allen weiteren Ausführungen vorausschicken, dass ich den Druck, in welcher Form er auch auf dem Uterus lasten möge, für die bei weitem häufigste Ursache des in Rede stehenden Zufalles halte, nicht nur deshalb, weil er beim Geburtsacte selbst naturgemäss in Action tritt, sondern weil er auch häufig als ein so wirksames Hilfsmittel zur schnellen Beendigung der Nachgeburtsperiode dient. Demnach muss ich als ersten Hauptfactor für das Zustandekommen einer Inversion nach einer Geburt den Intraabdominaldruck nennen, als zweiten den mechanischen Druck, wie er von den Hebammen und Aerzten in der Nachgeburtsperiode zur Expression der Placenta empfohlen und angewandt wird. Erwägt man, dass bei jeder normalen Geburt gerade am Ende derselben, wenn der vorliegende Kindstheil zum Durchschneiden gelangt, die Patientin von selbst oder aufgefordert die Drangwehen durch Mitpressen in so ausgezeichnet wirksamer Weise zu unterstützen vermag, so müssen wir uns a priori wundern, dass nicht häufiger noch eine Inversio uteri post partum entsteht. Es ist ja in dem Moment, wo das Kind zum grössten Theil oder auch ganz geboren wird, der intrauterine Druck gleich Null geworden oder jedenfalls collosal verringert, die Höhle des Organs dabei weit, der Muttermund durch den soeben erfolgten Durchtritt des kindlichen Körpers oder des noch in ihm weilenden offen. Tritt nun jetzt eine starke Erschlaffung des ganzen Organes nach der soeben stattgehabten starken Entfaltung und Anspannung aller psychischen und physischen Kräfte der Patientin ein und schwillt die Wirkung des intraabdominalen Druckes langsamer ab als eine Contraction der Musculatur des Organes einsetzt, lastet somit der Intraabdominaldruck selbst im geschwächten Masse einige Zeit auf dem Fundus uteri, so sind alle Bedingungen für eine Eindellung desselben vorhanden und erfüllt. Jede fernere Einwirkung lässt nun diese Einstülpung wachsen und das Fortschreiten derselben findet proportional dem auf dem Fundus lastenden Drucke, seiner Stärke und Dauer und dem der vorherrschenden Atonie statt. Jeder Hustenstoss, jedes Erbrechen, jede weitere Anstrengung wirkt jetzt fördernd auf die Inversion ein und es kann sich aus einer incompleten eine complete ausbilden. Dass hockende Stellung der Patientin oder sitzende auf einem Stuhl im Augenblick der Geburt die Entstehung der Inversio uteri post partum begünstigt, ist eo ipso klar. Ein Wunder ist es, dass wir in Kurland auf dem Lande nicht häufiger eine Inversio uteri nach Geburten sehen. Hier gebären die Frauen der Bauern sehr häufig in knieender Stellung, oder auf dem Rand zweier Stühle, oder auf dem Schooss des Mannes sitzend. Letzteres gilt in einigen Gegenden in verzweifelten Fällen, wenn die Geburt des Kindes sich verzögert, als ein ausgezeichnetes Mittel zur Beförderung derselben. Noch ärger treiben es die Neger. Hutson erzählt, dass bei langdauernden Geburten die Männer die Negerweiber unter beide Arme fassen und so lange schütteln bis die Geburt erfolgt.

Dass ferner alle bei dem Zuge an der Nabelschnur schon erwähnten Momente, wie der abnorme Kuchensitz im Fundus uteri, Verdünnung der Wand desselben durch den Sitz der Nachgeburt an dieser Stelle und vielleicht auch zuletzt die von Rokitansky angegebene schlechte Innervation der Placentarstelle auch hier den Eintritt einer Inversio zu fördern im Stande sind, das muss ich hier wiederholen Ob aber eine solche schlechte Innervation des Fundus uteri in Wirklichkeit vorkommt, erscheint mir allerdings fraglich. Ich habe jedenfalls nirgends diese Annahme bestätigt gefunden, weiss weiter auch nicht, ob die Ansicht Rokitansky's auf einer Hypothese beruht oder ob es gelungen ist, Structurveränderungen im Bau der Nerven resp. Unregelmässigkeiten oder Abweichungen von der Norm in den Anordnungen der Nervenendigungen in solchen Fällen nachzuweisen. Anders liegt die Sache mit der Anheftung des Kuchens und der Verdünnung der Wand des Fundus uteri an der Placentarstelle. Ich habe für Ersteres schon die Statistik von Hennig angeführt und kann nach meiner Erfahrung und den Angaben vieler Autoren ein solches Vorkommniss bestätigen.

Sowohl in meinem ersten in Gross-Elley, wie auch in meinem letzten Falle hier in Riga war der Sitz des Mutterkuchens im Fundus leicht erkennbar. Aus der Krankengeschichte ist es ersichtlich, dass beim ersten Male die Stelle auf der Höhe des Tumors, die ein zerrissenes und zottiges Aussehen im Gegensatz zur übrigen Oberfläche des sammetartig sich anfühlenden Tumors hatte, die Placentarstelle war. Zur Gewissheit wurde diese Annahme dadurch, dass hier die Lumina einiger Gefässe von ganz beträchtlicher Stärke mündeten. Hier fühlte sich die Wand des Organes im Verhältniss zur übrigen verdünnt und schlaffer an. Ganz besonders fiel mir dieses beim zweiten Mal auf, als ich die Inversion reponirte, so dass ich hier auch diesem Befunde eine begünstigende Wirkung für den Eintritt der Inversio uteri post partum zuschreiben muss. Dass bei praecipitirten Geburten, wo alle diese Bedingungen oder auch nur mehrere von ihnen vorhanden sind, doppelte Gelegenheit für die Entstehung einer Inversio gegeben ist, dessen möchte ich als selbstverständlich kurz erwähnen. Ebenso kann eine sehr kurze und starke Nabelschnur bei noch festhaftendem Mutterkuchen, vorausgesetzt, dass der Intraabdominaldruck noch seinerseits auf dem Fundus uteri lastet und das Organ sich in einem atonischen Zustande befindet, durch den eventuellen Zug, den sie von unten her auf den Uterus ausübt, bis zu einem gewissen Grade bei der Bildung der ersten Eindellung mitwirken.

Ich bin bis jetzt bei der Besprechung der Entstehungsursache der Inversio uteri post partum nur von dem Standpuncte ausgegangen, wie ihn die Lehr- und Handbücher schildern. Sie sowohl als auch alle weiteren Abhandlungen über diesen Gegenstand lehren, dass das Haupterforderniss für den Eintritt einer Einstülpung der Gebärmutter nach der Geburt die vollständige Atonie des Organes sei, auch wenn der Abdominaldruck resp. ein mechanischer Druck von aussen her eine solche erzeugt, dass mithin dort, wo noch ein Tonus im Muskel erhalten ist, nie die erste Eindellung stattfinden kann. Ich kann nun aber dem nicht vollständig beistimmen. Ich bin vielmehr der Ansicht, dass die Convexität des Fundus uteri bei weiter Höhle und offenem Muttermunde nur so lange durch den Tonus in der Gebärmutter erhalten bleibt als die Kraft, die auf das Organ von oben her einwirkt, geringer ist, als die, die dem ganzen Muskel im gegebenen Augenblick innewohnt. Für gewöhnlich und unter normalen Verhältnissen reicht diese Kraft vollständig hin, um den Tonus und somit den Uterus in seiner normalen Configuration zu erhalten, und wir sehen Inversionen nach der Geburt so selten nicht nur deshalb, weil Atonien der Gebärmutter so selten sind, sondern auch die Kräfte, die auf den nach der Geburt sich in einem gewissen Contractionszustand, auch ausserhalb der Wehe befindenden Uterus einwirken, geringer sind, als der in dem Organe vorhandene Tonus und weil ferner in den meisten Fällen, besonders nach Ausstossung der Nachgeburt, Wehen eintreten, die den Contractionszustand der Gebärmutter noch erhöhen und das Organ so verkleinern, dass die Höhle desselben verhältnissmässig eng und klein und der Muttermund von unbedeutender Weite wird. In diesem Zustande, versteht es sich von selbst, ist auch die grösseste Gewalt nicht mehr im Stande eine Eindellung des Uterus zu bewerkstelligen. Anders liegt aber die Sache, wenn die Verkleinerung der Gebärmutter nicht bis zu einem solchen Grade fortschreitet. Nehmen wir an, das Kind sei geboren, die Placenta haftet aber noch, wie in meinem dritten Falle, in dem Uterus, die Höhle sei weit, die Gebärmutter kugelig vorgewölbt, der Muttermund vollständig geöffnet, so werden wir fast immer sehen, dass der Uterus sich nicht im Zustande völliger Erschlaffung befindet. Es ist ein gewisser Tonus stets in der Muskulatur desselben erhalten, die von der letzten Wehe her persistirt. Wäre es anders, so müsste das Organ in sich zusammensinken, ja die Schwere des noch haftenden Mutterkuchens müsste von sich aus den Fundus nach der offenen Stelle hin hinabzerren und so eine Inversion entstehen. Dieses alles tritt nicht ein, der Uterus bleibt kugelig gewölbt, die Wände des Organes zeigen eine gewisse Resistenz, es tritt bald auch eine Wehe ein, die Nachgeburt löst sich, der Uterus verkleinert sich bis zu einem gewissen Maasse und trotzdem liegt auch jetzt noch die Möglichkeit einer Einstülpung vor. Es hängt das nur von der Grösse und Stärke der Gewalt ab, die die Gebärmutter etwa trifft. Denken wir uns, es werde in dieser Zeit ein gewaltiger mechanischer Druck auf den Fundus uteri ausgeübt, so würde die Cervix uteri so lange tiefer treten, als die Bänder es ihm gestatten, dann aber wird ein Moment eintreten, wo die Muskulatur des Gebärmuttergrundes nachzugeben beginnt und sich einsenkt. Besonders muss sich dieses da ereignen, wo die Wand des Fundus uteri durch den Sitz des Mutterkuchens an ihr verdünnt ist, oder aber der Druck einseitig auf den Fundus einwirkt und nicht das ganze Organ gleichmässig und in ganzer Ausdehnung trifft. Dass in solchen Fällen eine Eindellung selbst bei bestehendem Tonus also ohne ausgesprochene Erschlaffung des Organes entstehen kann, dafür gerade scheint mir mein erster Fall ein ausgezeichnetes Paradigma zu liefern. Recapituliren wir uns denselben in Kürze. Eine Frau, die ungefähr eine Stunde vorher sowohl das Kind als auch die Nachgeburt ziemlich schnell geboren hat, bei der nach der Geburt eine geringe Blutung eingetreten war, die bald darauf aufstand, trägt eine gewaltige Last, zwei Eimer mit Wasser gefüllt, auf den Schultern an einer Trage eine steile Treppe nach oben. Hier angelangt, tritt die Catastrophe ein. Sie stürzt ohnmächtig zu Boden und es hat sich bei ihr eine complete Inversio uteri ausgebildet. Dass der durch die grosse Last auf den Schultern stark vermehrte intraabdominale Druck die directe Ursache in dem geschilderten Falle ist, das steht a priori fest, ebenso dass die früher schon erwähnte Verdünnung des Gebärmuttergrundes in Folge des Sitzes der Placenta an dieser Stelle als prädisponirendes Moment anzusehen ist. Es entsteht nun die Frage, befand sich die Gebärmutter vorher oder im Augenblicke der Entstehung der Einstülpung im Zustande der Erschlaffung, das heisst bestand also in dem Augenblicke eine Atonie des ganzen Organes oder auch nur des Fundus partiell? Ich muss diese Frage unbedingt mit nein beantworten und meine, ein solcher Zustand der Gebärmutter konnte schon deshalb nicht vorliegen, weil eine bedeutendere Blutung weder vorher noch im Zeitpunct des Eintrittes der Inversion zur Beobachtung kam. Der Vorgang ist vielmehr folgender: es traten nach der Geburt des Kindes fraglos Wehen ein, durch welche die Nachgeburt gelöst und geboren wurde. Die Gebärmutter verkleinerte sich gerade so weit, dass ein Abschluss der Blutgefässe durch den gegebenen Contractionszustand stattfand. Der Uterus verharrte auf dem ganzen Wege bis zum Brunnen und von dort aus die Treppe hinauf in diesem tonischen Zustande und verblieb auch hier so, denn es ging keine Blutung der Inversio unmittelbar voraus, was unbedingt hätte geschehen müssen, wenn eine Erschlaffung der Gebärmutter resp. der Placentarstelle Platz gegriffen hätte. Auf der Treppe erreichte der intraabdominale Druck, vielleicht gerade in Folge des bis dahin stattgefundenen und zum Verbrauch gelangten Kräfteaufwandes und der nachfolgenden Ermüdung der ganzen Muskulatur des Körpers einen solchen Grad, dass der im Fundus enthaltene Tonus demselben nicht den genügenden Widerstand mehr leisten konnte. Die Eindellung erfolgte und jetzt gab es keinen Halt

mehr. Die ganze Gebärmutter glitt trotz des Widerstandes, den sie dem auf sie ruhenden Drucke bot, mit rapider Geschwindigkeit in den Trichter hinein, weil eben die Kraft, die auf sie einwirkte, eine so gewaltige war, dass ihr gegenüber die Widerstandskraft der selbst contrahirten übrigen Uteruswandung bei weitem zurückstand.

Wenn ich hier nochmals den gänzlichen Mangel einer Blutung im Augenblick der Eindellung als Beweis dessen anführe, dass in diesem Moment ein gewisser Tonus in der Gebärmutter bestanden haben muss, so möchte ich damit gleich dem Einwande begegnen, als ob die Blutcoagula, wie es in der Krankengeschichte geschildert ist, den Eintritt einer Blutung verhindert hätten. Diesen Blutcoagulis ist, meiner Ansicht nach, nicht eine solche Bedeutung zuzusprechen, denn sie haften viel zu lose und zu locker an der Wand der Blutgefässe und wären bestimmt nicht im Stande eine Blutung hintanzuhalten. Ich bin vielmehr der Meinung, dass sich diese erst nach der Ausbildung der Einstülpung in Folge der veränderten Circulation, der Verlangsamung und Verhinderung der Blutzufuhr und unter der gesetzten Beschmutzung des Organes gebildet hatten. Wenn eine Blutung nach dem Eintritte der Inversio nicht stattfand, so schreibe ich es der hochgradigen Knickung zu, die die Blutgefässe durch die starke Umstülpung der Gebärmutter erlitten.

Eine Einschnürung durch die Cervix, die in vielen Fällen die Blutung zu sistiren vermag, bestand hier nicht, denn sonst wäre die Reposition auf grössere Schwierigkeiten gestossen. Nach der Zurückstülpung des Uterus, wo diese Knickung der Gefässe sich ausglich und eine vollkommene Atonie des Organes Platz griff, trat auch wiederum eine ziemlich lebhafte Blutung ein, als ein Zeichen dafür, dass bis dahin ein gewisser Contractionszustand die Lumina der Gefässe verschlossen hatte.

Die Ohnmacht, die in diesem Falle, wie so sehr häufig, den Eintritt der Inversio uteri begleitete, ist nicht von einer Blutung abzuleiten, sondern sie findet ihre Erklärung in der rapiden Entstehung und Ausbildung derselben. Spiegelberg bezeichnet dieselbe als Shockwirkung und erläutert dieselbe folgendermassen: Er meint, sie sei dadurch hervorgerufen, dass die plötzliche Lageveränderungen eine Erschütterung des Nervensystems erzeugt, als deren Folgen man die Ohnmachten, Störungen der Herzthätigkeit, Convulsionen, das Erbrechen anzusehen habe, oder dass die Symptome von einer Gehirnanaemie abhängen. Schon die plötzliche Entleerung an sich disponire zu einem solchen Zustande, wie viel mehr, wenn nicht nur der Inhalt des Uterus, sondern auch dieser aus der Bauchhöhle heraustritt. Alsdann strömt das Blut in die unter einem plötzlich verminderten Drucke stehenden Gefässe der Abdominalhöhle und die Gehirnanaemie entsteht in Folge der mangelhaften Zufuhr des Blutes, welche die obere Rumpfhälfte erleidet. Als ich die Patientin längere Zeit nach der Katastrophe sah, waren alle diese Erscheinungen schon geschwunden, der Puls war voll und nicht besonders frequent, vor allem bestanden keine Zeichen einer stattgehabten vorausgegangenen erheblichen Blutung, wie etwa hochgradige Anaemie der Haut und Schleimhäute u. s. w.

Auch das zweite Mal, schreibe ich die Entstehung der Inversio uteri der Wirkung des intraabdominellen Druckes, zu, der hier um so leichter die Einstülpung hervorzurufen im Stande war, als auch dieses Mal alle Bedingungen für das Zustandekommen derselben erfüllt waren. Auch dieses Mal hatte der Mutterkuchen seinen Sitz im Fundus, die Wand desselben an dieser Stelle war verdünnt und die Geburt eine ziemlich präcipitirte, da die Ausstossung der Frucht und der Nachgeburt kaum zwei Stunden in Anspruch nahm. Zu einer hochgradigen Ausbildung der Inversio kam es nicht, da bald Wehen eintraten und dem weiteren Wachsen des Trichters einen Halt geboten. Ob nicht dieses Mal ferner ein von der Hebamme einseitig ausgeübter Druck auf den Gebärmuttergrund mechanisch dabei noch ausserdem eine Rolle spielte, dieses konnte ich nicht eruiren. Ein Zug an der Nabelschnur wurde von der Hebamme, wie ich es schon erwähnt habe, nicht ausgeführt. Ich fand die Nabelschnur intact, sie war verhältnissmässig dünn und locker. Einem Einwande möchte ich jetzt noch begegnen. Nach meinem Vortrage richtete einer der damals anwesenden Collegen, im privaten Gespräch an mich die Frage, ob nicht eine geringe Eindellung im Gebärmuttergrunde von der ersten Inversion her persistirt und so ein praedisponirendes Moment für die zweitmalige Entstehung der Einstülpung abgegeben hätte. Ich muss dem strict widersprechen. Bei der Untersuchung 6 Wochen nach der ersten Inversio fand ich den Uterus in normaler Lage und die Convexität des Gebärmuttergrundes deutlich ausgesprochen. Wäre dem nicht so gewesen und wäre eine geringe Einstülpung von der vorigen Geburt her verblieben, so wären die Symptome einer chronischen Inversio aufgetreten. Weiterhin meine ich wäre wohl kaum eine Conception erfolgt und die Schwangerschaft wäre nicht bis zum Ende des Termines und so normal verlaufen.

Wenn dieses Mal der Tod trotz aller angewandten Mittel, trotz der subcutanen Kochsalzinfusion eintrat, so hat mich das nicht überrascht. Die Blutung war bis zu meiner Ankunft eine so starke und der Blutverlust ein so gewaltiger gewesen, dass ich von Hause aus die Fruchtlosigkeit jeder Bemühung erkannte. Kein Wunder, denn die Prognose der Inversio uteri post partum ist ja bekanntlich eine sehr schlechte. Es sind hier vor allen der Shock und die Blutung, die zusammen oft den Tod herbeiführen. Crosse hat uns eine Statistik geliefert. Nach ihm endeten $^1/_3$ aller Fälle letal. Unter 109 von ihm gesammelten Inversionen post partum trat der Tod 79 mal innerhalb weniger Stunden nach der Geburt ein, meistens in einer halben, 8 mal innerhalb der ersten, 6 mal der ersten bis vierten Woche, je 1 mal nach 5 und 8, 3 mal nach 9 Monaten und 18 mal nach 1 bis 20 Jahren ein. Am schlechtesten ist die Prognose nach Spiegelberg bei plötzlich, vollständig entstehender Inversio, besonders wenn der Uterus atonisch bleibt.

An dieser Stelle möchte ich noch der Inversionen Erwähnung thun, die sich postmortal bei Frauen ausbilden können, die kurz nach der Geburt gestorben sind. Hier wirken die entstehenden Fäulnissgase im Sinne des intraabdominalen Druckes und treiben das Organ hervor. Kaltenbach macht auf diese Erscheinungen vom gerichtsärztlichen Standpunct aufmerksam, da dieser Leichenbefund wenig bekannt ist und zu falscher Beurtheilung hinsichtlich begangener Kunstfehler führen kann.

Alles das, was ich bisher von dem intraabdominalen Drucke gesagt habe, gilt auch in reichem Maasse vom mechanischen. Hier möchte ich nur dessen gedenken, dass derselbe nie Schaden stiften wird, wenn er vom Arzt oder der Hebamme in der von Credé, Spiegelberg und anderen Autoren angegebenen, bekannten Weise ausgeübt wird. Wird derselbe aber in der Nachgeburtsperiode bei Expression des Mutterkuchens in fehlerhafter und falscher Art, etwa als ein einseitiger Druck auf den Gebärmuttergrund, in der Wehenpause u. s. w. angewandt, sind ferner alle früher schon erwähnten praedisponirenden Momente für die Entstehung einer Einstülpung vorhanden, so ist derselbe wohl im Stande eine Inversion der Gebärmutter zu erzeugen. Dieselbe wird um so leichter eintreten, als eine Erschlaffung in dem Organe vorherrscht und umgekehrt um so schwerer, je ausgesprochener der Tonus in dem

ganzen Uterus ist. Dass Letzteres möglich ist, das beweist mein dritter Fall. Hier befand sich die Gebärmutter fraglos in einem gewissen Contractionszustand und dennoch entstand die Eindellung. Dass dieses Mal der von mir ausgeübte Druck ein zu grosser resp. bei dem Zustande des Gebärmuttergrundes ein zu einseitig auf dem Fundus lastender gewesen ist, das muss ich leider zugestehen. Trotzdem gilt mir der Fall als ein Beweis dessen, dass eine Einstülpung durch den mechanischen Druck trotz eines bestehenden Tonus der Gebärmutter hervorgerufen werden kann, vorausgesetzt, dass die Kraft, die auf den Tonus einwirkt, grösser ist, als die, die dem Uterus in diesem Augenblick innewohnt. Fritsch hat noch auf eine weitere Entstehungsart der Inversio uteri post partum aufmerksam gemacht. Nach ihm rückt der innere Muttermund nach unten und zieht den Fundus nach sich. Nach Fritsch ist diese Entstehung nur bei dünnem Uterusparenchym denkbar. Ich möchte dem noch hinzufügen und nur bei vollständiger Atonie.

Taylor, von Braun citirt, berichtet über einen Fall, wo der Cervix sich durch Action des Uterus zuerst einsenkte und den Fundus nach sich zog. Auch Lavreux will einen ähnlichen Fall beobachtet haben. Ich stimme Spiegelberg vollständig bei, wenn er dem gegenüber sagt: «Es kann sich bei Contractionen des oberen Abschnittes nie eine Inversio bilden, weil, abgesehen von der Resistenz des contrahirten Muskels, welche einer Eindellung widersteht, die contrahirte Wand noch convexer, abgerundeter nach aussen wird, als sie vorher war.» Es ist deshalb die Anschauung von Balford und Tayl Smith wie auch Taylor, nach welchen der schlaffe Cervix zuerst evertirt, nach aussen umgerollt und dann das Corpus mittelst seiner Contractionen durch dasselbe hindurch gezwungen wird, eine verkehrte. Wenn ich hierin Spiegelberg voll Recht gebe, so verstehe ich es nicht, wenn er einige Zeilen später sagt: «Meist kommt eine Einstülpung durch active Thätigkeit zu Stande, active Inversio. Der nicht eingestülpte Theil empfindet den eingestülpten als fremden Körper, zieht sich zusammen, umfasst jenen und drängt ihn mehr und mehr nach unten aus dem Muttermund heraus; wie es bei einer Intussusception geschieht». Obgleich wir diese Ansicht von der Entstehungsart und Ausbildung der Inversio uteri post partum nicht nur in Spiegelberg, sondern auch in anderen Hand- und Lehrbüchern und ferner auch in einigen Abhandlungen aus neuerer Zeit finden, so muss ich dieselbe doch als eine irrige bezeichnen. Schon Schauta hat dieselbe in lichtvoller und klarer Weise widerlegt und Gottschalk stimmt ihm in einem längeren Artikel bei. Es giebt nach diesen Autoren und auch meiner Meinung nach keine active Inversio, denn die Action des Uterus verhindert an und für sich den Eintritt einer Einstülpung, ja gleicht eine solche, wenn sie in geringem Grade in Erscheinung getreten ist, aus. Wäre dieses nicht der Fall, so müssten wir viel häufiger Inversionen zu Gesichte bekommen. Ferner wäre es nicht verständlich, warum in dem einen Fall die Contractionen den Uterus hervortreiben, in dem andern die Inversio sich nur bis zu einem gewissen Grade ausbilden lassen. Die Einstülpung wird ja nicht zu einer completen, weil Zusammenziehungen der Gebärmutter eintreten und dem Fortschreiten derselben einen Halt gebieten. Ferner wird ja bei jeder Contraction des Uterus die Gebärmutterwand starrer, convexer, somit widerstandsfähiger, wie es Spiegelberg vorher richtig schildert, wie soll also da eine Action des Organes eine Inversio erzeugen? Auch der Vergleich Spiegelbergs mit der Intussusception ist meiner Meinung nach ein falscher. Auch hier handelt es sich um eine Erschlaffung des eingestülpten Theiles und die Einstülpung erfolgt in soweit, als die Erschlaffung reicht. Ich schliesse daher meinen Artikel mit der Behauptung, es giebt keine active Inversio, Inversionen entstehen, wenn Erschlaffungszustände im Organe vorherrschen oder nur dann, wenn der Uterus sich in solch einem Tonus befindet, dass eine gegebene äussere Kraft im Stande ist bei gewissen in dem Organ vorhandenen Anlagen diesen Tonus zu überwinden.

Literatur.

1) Centralbl. für Gynaecol. 1892.
2) Hegar und Kaltenbach: Operative Gyn. 1881.
3) Spiegelberg: Lehrbuch der Geburtshülfe.
4) Centralbl. für Gyn. 1893.
5) Kaltenbach: Centralbl. für Gyn. 1893.
6) Schauta: Archiv für Gyn. 1893, Bd. 43.
7) Gottschalk: Archiv für Gyn. 1895, Bd. 48.
8) Handbuch der Geburtshülfe von Müller.
9) Schroeder: Lehrbuch der Geburtshülfe.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Der Reizzustand. Physiologische Experimentaluntersuchungen von Dr. K. Franke. (Seitz und Schauer, München 1900.)

Aus einer grösseren Reihe früher veröffentlichter Arbeiten hat der Autor in diesem grösseren Werke das Facit gezogen. Eine bewunderungswürdige Menge complicirter Versuche mit theilweise selbstconstruirten Apparaten bildet die Basis der Ausführungen. Wer selbst Gelegenheit gehabt psychophysische Versuche anzustellen, wer noch dazu gezwungen war, uneingetretene Pfade zu gehen, der wird die vom Autor geleistete Arbeit nicht unterschätzen; er wird aber auch wissen, wie unendlich schwierig die richtige einwandsfreie Deutung der Resultate ist. In einer kurzen Zusammenfassung giebt uns Fr. die Ergebnisse seiner Studien wieder. Auf dem «Gesetz vom Reizzustand und seinen Aenderungen» beruht alles Leben. Jeder Körper hat seine normale mittlere Reizzustandshöhe, die zum tiefen Collaps herabsinken und zum höchsten Fieber sich steigern kann. Fieber ist das Versetztsein aller Zellen in erhöhten Reizzustand, also noch keine Krankheit. Hierzu möchte Ref. bemerken, dass der Satz eigentlich nichts Neues bedeutet; erhöhter Stoffwechsel (i. e. Reizzustand) bewirkt Erhöhung der Temperatur, diese ist gewiss nur eine secundäre Erscheinung, eine Reaction auf chemische (Toxine) oder bacterielle Reize. Dass Fieber und Entzündung auch heilende Vorgänge sind, daran zweifeln wohl nur wenige Aerzte.

Es kann hier nicht der Ort sein, auf jeden einzelnen der Sätze des Verfassers einzugehen. Wir wollen es nicht unterlassen, nochmals auf die Grösse der geleisteten Arbeit hinzuweisen, leider entspricht die Ausbeute wie so oft der angewandten Mühe nicht ganz, wenigstens scheinen uns die Resultate keine wesentlichen Umwalzungen unseres naturwissenschaftlichen Denkens bewirken zu müssen.

Voss.

Aus dem Leben der Geisteskranken von A. Frank. Berlin 1900. Bermühler's Verlag.

Eine populäre Abhandlung, deren Verbreitung wohl dazu beitragen könnte, die veralteten und weitverbreiteten Vorurtheile über Irre, Irrenanstalten und Irrenärzte zu bekämpfen. Es wäre zu wünschen, dass solche wirklich «gemeinverständlich» geschriebene nützliche Darstellungen die grösste Verbreitung fänden.

Voss.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Brunner hat das Aspirin, die Acetylsalicylsäure, in 138 Fällen mit Erfolg angewandt, und sieht in diesem Mittel einen vollkommenen Ersatz für salicylsaures Natrium und Salicylsäure, durch dessen Gebrauch jedoch die Nachtheile der genannten Praeparate, wie Ohrensausen, Schwindel, Gastralgien fast gänzlich vermieden werden. Das Aspirin ist speciell in Fällen von acutem und chronischen Gelenksrheumatismus, von Erythema nodosum, bei trockener Pleuritis mit grossem Vortheile anzuwenden. Bei der rheumatischen Form der Influenza und bei rheumatischem Fieber, so-

wie bei den Neuralgien, Neuritiden und Cephalgien post influenzam ist Aspirin ein wahres Specificum. Dosis 0,5—1,0 mehrmals täglich. (Klin.-therap. Wochensch. 1900 № 44).

H.

Protokoll des XII. Aerztetages

der Gesellschaft livländ. Aerzte in Wenden vom 31. August bis zum 2. September 1900.

Dritte Sitzung.

(Schluss).

4. Dr. R. v. Sengbusch-Riga: **«Zur chirurgischen Diagnostik mittelst Röntgenstrahlen».**

Nachdem Vortragender in kurzen Worten die Verbesserungen in der Technik bei der Arbeit mit Röntgenstrahlen, geschildert, besonders hierbei den electrolytischen Unterbrecher von Wehnelt hervorhebend und auf die Methode der stereoscopischen Aufnahmen hingewiesen, von letzteren auch einige reproducirte wohlgelungene Aufnahmen demonstrirte, zeigte er an der Hand zahlreicher eigener Bilder den hohen Werth der Röntgenaufnahmen. An einer Serie Bilder von Kinderhänden zeigte er das Knochenwachsthum, das sich mit grosser Regelmässigkeit vollzieht, indem die Knochenkerne der Handwurzelknochen und die Epiphysenkerne der Phalangen in gewissem Alter erst auftreten und die definitive Gestaltung der Handknochen erst mit dem 16. Jahre ca. abschliesst. Ferner demonstrirte er die verschiedensten Bilder von ins Körperinnere eingedrungenen Fremdkörpern, Knochenerkrankungen, congenitalen Luxationen etc. und ging zum Schluss auf die grosse Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Unfallkunde ein. Er betonte, dass mancher Arbeiter, der als Simulant gegolten, durch diese Untersuchung vom Verdacht befreit, zu seiner Entschädigung gelangt sei. Viele Verletzungen, sofern sie Knorpel und Weichtheile betreffen, können allerdings nicht erkannt werden. Zum Schluss hebt Redner hervor, dass wo es sich um Fracturen handelt, nicht das ganze Gewicht auf das Röntgenbild sondern auf das functionelle Resultat zu legen sei, da es wirklich ideal geheilte Fracturen höchst selten gebe.

(Autoreferat).

Discussion:

Dr. P. Klemm-Riga weist auf die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Unfallheilkunde hin, durch sie sei die Sicherheit der Begutachtung gewährleistet. In vielen Fällen sei bisher den Kranken Unrecht geschehen, insofern difform geheilte Fracturen, die der Palpation unzugänglich waren, aber subjective Beschwerden verursachten, verkannt wurden. Derartige Leute seien oft für Simulanten gehalten worden, erst die Durchleuchtung mittelst Röntgenstrahlen habe den richtigen Sachverhalt aufgedeckt. Doch gebe es auch hier eine Kehrseite: es käme vor, dass ein fracturirt gewesenes Gelenk gut functionire, hingegen zeige das Röntgenbild, dass die Knochen nicht genau an einander liegen. In solchen Fällen dürfe die functionelle Leistungsfähigkeit nicht zu Gunsten des Röntgenbildes übersehen werden.

Dr. Ströhmberg-Jurjew (Dorpat) fragt den Vortragenden, wie es zu erklären sei, dass das Röntgenbild, das als einfaches Schattenbild aufgefasst werde, im Stereoscop vollkommen plastisch erscheine.

Dr. R. v. Sengbusch-Riga. Er könne eine Erklärung dieser Thatsache nicht geben, die Technik sei erst seit Kurzem so vollendet.

Dr. Treymann-Riga bittet den Vortragenden um Auskunft über die Durchleuchtung der Schwangeren. In einem Fall einer Durchleuchtung einer Schwangeren im letzten Monate, machte dieselbe die Angabe, dass die bis dahin gewöhnlichen Kindsbewegungen nunmehr sehr stark wurden.

Dr. v. Sengbusch-Riga. Man müsse zwischen Durchleuchtung und photographischen Aufnahmen unterscheiden, die Erstere sei zur Bestimmung von Kindstheilen nicht zu gebrauchen, da dieselben zu schwache Schatten geben. Durch die photographische Aufnahme dürfte es in Zukunft wohl gelingen, Resultate zu erzielen, doch würde das Verfahren theuer sein, da doppelt grosse Platten zur Verwendung kommen und die Bilder selbst verkleinert werden müssen.

Dr. v. Zur-Mühlen-Riga fragt, ob sich die Lage von Fremdkörpern im Schädel und Auge nach der stereoscopischen Methode genauer bestimmen lassen als früher.

Dr. v. Sengbusch. Das stereoscopische Verfahren sei noch neu, er selbst habe keinen Erfolg bei der Bestimmung von Fremdkörpern im Schädel gehabt.

Dr. W. Vierhuff-Riga. So weit ihm bekannt, gelte der Nachweis von Gallensteinen vermittelst Röntgenstrahlen bisher als nicht gelungen, ihm sei daher vor ca. 2 Jahren ein Aufsatz in der Münchener medicinischen Wochenschrift aufgefallen in der Dr. Benedict in Karlsbad seine in dieser Beziehung positiven Resultate mittheilt. Er bitte den Vortragenden um Auskunft darüber, wie weit diese Untersuchungen in der Fachliteratur eine Bestätigung gefunden hätten.

Dr. v. Sengbusch. Dr. Benedict und ein anderer Karlsbader Arzt seien bisher die Einzigen, die bei Gallensteinen positive Resultate mitgetheilt hätten, während sonst sämmtliche Autoren ausdrücklich ihre negativen Resultate hervorheben.

5. Dr. A. v. Brackel-Liban: **«Demonstration eines Enchondroma myxomatosum thoracis nebst Referat».** (Erschienen in dieser Wochenschrift).

Discussion:

Prof. Zoege von Manteuffel-Jurjew (Dorpat). Technische Schwierigkeiten könne die Lösung der Pleura machen, die oft verletzt worden sei. Manche liessen Stücke zurück, um dieselbe nicht zu eröffnen, doch sei das nicht berechtigt.

Dr. v. Brackel-Libau. Behufs radicaler Entfernung der Geschwulst sollte man sich nicht scheuen, im gegebenen Falle die Pleura zu eröffnen. Aus der Literatur seien Fälle bekannt, wo zur Entfernung grösserer Tumoren grosse Oeffnungen in der Pleura gesetzt werden mussten, die ohne schlimme Folgen gut verheilten.

Dr. Dr. Brutzer-Riga berichtet über einen Fall von Sarcom der linken Thoraxseite, das in der v. Bergmann-schen Abtheilung des Riga'schen Stadtkrankenhauses operirt wurde. Der Tumor, in dem sich die VI, VII und VIII Rippe befand, hatte 3 Jahre bestanden, war in der letzten Zeit rapide gewachsen und wölbte Pleura und Peritoneum vor, die beide bei der Entfernung der Geschwulst verletzt, ohne Complication heilten. Der 7 Pfund schwere Tumor erwies sich bei der mikroscopischen Untersuchung als ein kleinzelliges Rundzellensarcom.

Dr. v. Sengbusch-Riga demonstrirt hierzu das seinerzeit angefertigte Röntgenbild des Patienten.

Dr. Katterfeld-Waldheim. Der Vortragende ging auf das ebenso dunkle wie interessante Gebiet der Aetiologie der Geschwülste ein, K. erwähnt im Anschluss daran eine Arbeit von Leopold, der neuerdings beim Carcinom Bacterien gefunden haben will, die den Hefepilzen ähneln und durch Ueberimpfung der Reinkultur in mehreren Fällen bei Ratten allgemeine Carcinose erzeugten.

Dr. von Zur-Mühlen-Riga weist darauf hin, dass die constatirte Zunahme der malignen Tumonen vielleicht als Argument gegen die Cohnheim'sche Theorie und zu Gunsten der bacillären Entstehungsweise des Carcinoms verwerthet werden könnte.

Dr. v. Brackel-Libau. Die Zunahme der malignen Neubildungen könne nicht gegen die Cohnheim'sche Theorie angeführt werden, vielmehr könnte nach den Leopold'schen Untersuchungen angenommen werden, dass eine aus embryonalen Keimen hervorgegangene Geschwulst später durch bacilläre Einflüsse einen bösartigen Charakter annehme.

Schluss der III. Sitzung.

Dr. med. W. Vierhuff,
d. Z. Secretär.

Auszug aus den Protokollen

der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 19. April 1900.

Vorsitzender: Kessler. Schriftführer: Boettcher.

Anwesend die Herren: Jaesche, Graubner, Boettcher, Hartge, Jannsen, Kessler, Lackschewitz, Lezius, Otto, Paterson, Schiemann und als Gäste Terrepson und Klau.

1. Verlesung des Protocolls der Sitzung vom 29. März 1900.

2. Prof. Körber hält einen Vortrag über «die Abfuhr der Excremente in Dorpat».

Die Abtritte entsprechen in den allerseltensten Fällen den Anforderungen der Hygieine. Da eine Wasserleitung fehlt, giebt es auch keine Waterclosetts. Bei der besser situirten Bevölkerung liegt der Abtritt im resp. am Hause, ist dabei bald warm, bald kalt, bei der ärmeren befindet sich der Abtritt mehr weniger entfernt, im Garten. Die Gruben sind bei beiden in vielen Fällen sogenannte Schwindgruben, aus denen durch den durchlässigen Boden und Wände ein Theil des Inhalts in das umgebende Erdreich hinaustritt. In der Niederung liegen ausserdem die Gruben im Bereich des Grundwassers, mit dessen Niveau der Grubeninhalt übereinstimmt, bald fällt, bald steigt. Im Ortsstatut vom

J. 85 ist in § 105 freilich von wasserdichten Gruben die Rede und wird bei Neubauten auch darauf Rücksicht genommen, doch handelt es sich bei der Mehrzahl von älteren Gruben um durchlässige Schwindgruben.

Was die Entleerung der Gruben betrifft, so verdienten die Aufzeichnungen des Poudrettfabrikanten G. Post zur Ermittelung derselben. Von der Stadtverwaltung ist nämlich eine Vereinbarung getroffen, wornach Herr Post verflichtet ist für eine bestimmte vom Hausbesitzer zu entrichtende Zahlung eine Bereinigung der Gruben vorzunehmen.

Laut Ortsstatut vom J. 99, Abschnitt 14 erfolgt die Entleerung durch Auspumpen des Grubeninhalts in hermetisch geschlossene Tonnen, die durch Handpumpen, System Freund luftleer gemacht worden sind. Ausnahmsweise ist ein Ausschöpfen gestattet, falls der Abtritt an einer Stelle angebracht ist, wohin die mit einem Pferde bespannte Tonne nicht herangebracht werden kann. In letzterem Fall werden Kasten verwandt, die seit dem Mai 99 gleichfalls nach der Füllung hermetisch verschlossen werden. Das Auspumpen soll der Regel nach am Tage, das Ausschöpfen in der Nacht erfolgen. Die von Prof. Körber vorgenommene Besichtigung der Grubenentleerung ergab, dass letztere ohne Belästigung der Einwohner durch üblen Geruch und ohne Beschmutzung des Hofes bewerkstelligt werden konnte, falls alle von Herrn Post vorgeschriebenen Anordnungen genau erfüllt wurden. In einzelnen Fällen jedoch wurden Fehler beobachtet, die hauptsächlich in Folgendem bestanden: Nach Lösung der Verbindung zwischen Tonne und Schlauch tropfte der Grubeninhalt auf den Hof (der dafür bestimmte Eimer und Sadetuch waren nicht darunter gestellt). Die Marke an der Glasscheibe, bis wohin die Tonne gefüllt sein muss, um 24 Cubikfuss zu enthalten, war am undurchsichtigen Glase nicht zu erkennen (die vorschriftmässige jedesmalige Spülung der Tonne nach der Entleerung war unterlassen worden). Nicht immer waren die Tonnen horizontal gelagert, somit die Füllung der Tonne durch die Marke nicht zu controlliren. In einem anderen Falle verstand das Personal nicht mit dem Ofen, der zum Verbrennen der übelriechenden Gase bestimmt ist, umzugehen. Die Tonnen füllten sich durchschnittlich in 10 Minuten.

Gegen diese in Dorpat gebräuchliche geordnete Abfuhr in hermetisch geschlossenen Tonnen lässt sich vom hygienischen Standpunkt Nichts einwenden. Leider existirt nun aber neben dieser Abfuhr noch eine andere in Kasten, die vollgeschöpft werden und wird dieselbe in den Vorstadtbezirken von vielen Hausbesitzern vorgezogen, da die Entleerung durch Ausschöpfen pro Cubikfuss Grubeninhalt um einen Copeken (seit März 1899 nur um ½ Cop.) weniger kostet. Bei dieser Methode ist ein Verschütten des Grubeninhalts auf dem Hof, zumal die Bereinigung der Gruben bei Nacht erfolgt und eine Verpestung von Haus und Hof unvermeidlich. Aber auch in centralen Stadttheilen, selbst in öffentlichen Anstalten, wie einigen Kliniken muss die Entleerung zum Theil durch Ausschöpfen besorgt werden, da sich in den Gruben so viel unerlaubter Inhalt (namentlich Verbandzeug) findet, dass sich der Schlauch alsbald verstopft.

Ausser dieser geordneten durch Herrn G. Post besorgten Abfuhr besteht noch eine ungeordnete oftmals durch den Hausbesitzer selbst besorgte, wobei der Grubeninhalt auf die Felder, häufiger in den Garten verführt wird. In 45 pCt. der Häuser liegt der Abtritt entfernt vom Wohnhause am Garten. Unzweifelhaft weist dieser Umstand darauf hin, dass die Absicht vorliegt, die Excremente zur Düngung der Beete zu benutzen. Gegen die Anlage der Aborts in einiger Entfernung vom Hause lässt sich vom sanitären Standpunkt insofern nichts einwenden, als eine Verunreinigung des Bodens unter und neben dem Hause durch Fäkalien ausgeschlossen ist. Die unangenehmen Consequenzen zeigen sich erst während der kalten Jahreszeit, wo der Hof und vor Allem die nächste Umgebung der Ausgangsthür den Abtritt ersetzt und dem Ausbruch und der Ausdehnung von Epidemien Vorschub leistet.

Gegen die Abfuhr der menschlichen Excremente in den Garten muss vom hygieinischen Standpunkt insofern Bedenken erhoben werden, als die in den Excrementen enthaltenen Infectionskeime vom Garten aus leichter als vom Felde oder aus der Poudrettfabrik in die Wohnung zurück gelangen können.

Zur Ermittelung der Grösse der alljährlichen Abfuhr von Excrementen dienten die G. Post'schen Aufzeichnungen für die Jahre 97, 98, und 99. Darnach wurden aus Dorpat ausgeführt:

1897	1898	1899	im Durchschnitt
13144 T.	12944 T.	13712 T.	13268 Tonnen.

Von 97 zu 98 hat die Abfuhr etwas abgenommen, von 98 zu 99 um etwa 6 pCt. zugenommen.

Wie schon erwähnt, wird die Abfuhr theils in Tonnen, theils in Kasten besorgt und ist die Auswahl dem Ermessen des Hausbesitzers anheimgestellt. Da nun erstere Art viel mehr den Anforderungen der Hygieine entspricht, so ist es als ein Fortschritt zum Besseren zu bezeichnen, wenn ohne obrigkeitlichen Druck die Abfuhr in Tonnen in der Zunahme begriffen ist, wie aus folgenden Zahlen hervorgeht:

Die Abfuhr in Kasten betrug in Procenten der Gesammtabfuhr:

1897	1898	1899
22 pCt.	21 pCt.	19 pCt.

Nachdem die Abfuhr für 3 Jahre nach den Post'schen Auszeichnungen festgestellt worden war, ergab es sich, dass in 21,7 pCt. der Grundstücke innerhalb dieser Zeit garkeine Abfuhr von Abfallstoffen durch Herrn Post stattgefunden hatte. Diese Grundstücke lagen grössten Theils in der Peripherie der Stadt, in den Vorstädten, jedoch zum Theil auch in den centralen Bezirken. Bei einer Umfrage ergab es sich, dass in den meisten Fällen wohl eine Abfuhr und zwar in den Garten stattgefunden hatte und dass es nur ganz vereinzelte Grundstücke gab, auf denen im Laufe von 3 Jahren gar keine Bereinigung der Gruben stattgefunden hatte. Mit Wissen des Hausbesitzers war die Entleerung unterblieben, da die Grube noch nicht gefüllt sei, obgleich nach § 105 c. Anmerk. sogenannte «perpetuirliche Abtritte» nicht gestattet sind.

In 45 pCt. der Fälle liegt der Abtritt entfernt vom Hause am Garten, aber nur in 22 pCt. der Fälle fehlt eine Abfuhr durch Herrn G. Post. Daraus ergiebt es sich, dass auch aus den am Garten aufgeführten Abtritten eine theilweise Bereinigung durch Herrn Post stattfindet, sei es nun um Collisionen mit der Polizei zu vermeiden oder um die Miether zu befriedigen. Daher finden sich auch in den Post'schen Verzeichnissen so häufig Angaben, dass im Laufe eines Jahres nur 1—2 Tonnen abgeführt worden sind, während entsprechend der Bewohnerzahl auf 8—9 Tonnen zu rechnen wäre.

Aus den Post'schen Aufzeichnungen liess sich auch der Nachweis liefern, dass mit der Häufigkeit resp. der Seltenheit der Entleerung der Abtritte die Grösse der jährlichen Abfuhr wächst resp. fällt.

Die geordnete Abfuhr beträgt im Bezirk:

Dom,	Bergstr.,	Techelferstr.,	Annenhof,
72,7 pCt.,	71,7 pCt.,	37,5 pCt.,	19,5 pCt.,

der daselbst producirten Abfallstoffe. Sie beträgt dagegen auf den Grundstücken:

mit einmaliger Abfuhr in 3 Jahren:			
25,4 pCt.,	15,6 pCt.,	8,1 pCt.,	5,7 pCt.,
mit zweimaliger Abfuhr in 3 Jahren:			
60,0 pCt.,	50,8 pCt.,	16,2 pCt.,	11,5 pCt.,
mit 3 maliger oder noch häufigeren Abfuhr in 3 Jahren (demnach wenigstens ein Mal jedes Jahr):			
100 pCt.,	85 pCt.,	52 pCt.,	29 pCt.,

Weiter ergiebt sich aus einer Gegenüberstellung der Nationalität und der jährlichen Abfuhr nach G. Post in den einzelnen Bezirken, dass entsprechend der Zunahme der estnischen Bevölkerung resp. der estnischen Grundbesitzer in den Bezirken die geordnete Abfuhr fällt, entsprechend der Zunahme der deutschen Bevölkerung resp. Grundbesitzer dagegen steigt.

Für die ganze Stadt ergiebt sich als Grösse der geordneten Abfuhr 52 pCt. der producirten Fäkalien, somit verbleiben 48 pCt. der Ausfuhrstoffe in der Stadt. Ist die Menge der von den Hausthieren gelieferten Abfallstoffen gleich der von den Menschen producirten, und wird der Dünger zur Bearbeitung der Beete in der Stadt verbraucht, so wird c. ¼ aller Auswurfsstoffe aus der Stadt entfernt, während ¾ in der Stadt zurückbleiben. Von den 3760 C.-Mtr. durch Menschen und Thiere producirten Fäkalien werden 928 C.-Mtr. durch Herrn Post zu Poudrette verarbeitet, während 2832 C.-Mtr. in der Stadt zurückbleiben.

Im Interesse der Reinhaltung der Höfe wie des Bodens müsste verlangt werden, dass die Abtritte, welche bei älteren Häusern an schwer zugänglicher Stelle angebracht sind, verlegt werden, damit die Entleerung der Gruben in Tonnen erfolgen könnte. In's Ortsstatut müsste die Bestimmung aufgenommen werden, dass wenigstens einmal jährlich eine Bereinigung der Latrinen auszuführen sei, auch wäre es zweckmässig, wenn der Preis für die Bereinigung in Kasten erhöht würde (3½ Cop. pro Cubikfuss), wodurch sich gewiss viele Hausbesitzer veranlasst sehen würden die Entleerung in Kasten aufzugeben. Diese Bestimmung wäre völlig berechtigt, da überall die Nachtarbeit theurer als die Tagarbeit berechnet wird.

Da die oben erwähnten Unzulänglichkeiten bei der Abfuhr durch Herrn Post bei häufigerer Controlle durch Communalbeamte fortfallen würden, solch eine Controlle gegenwärtig aber bei der Ausdehnung der Stadt nicht möglich ist, so wäre es weiter sehr zweckmässig, falls ein bestimmter Turnus für die Bereinigung der einzelnen Bezirke oder Quartale vorgeschrieben werden würde. Das gleichzeitige Erscheinen der Tonnen auf benachbarten Grundstücken würde

säumige Hausbesitzer an ihre Pflicht erinnern und eine Controlle durch den Sanitätsbeamten bedeutend erleichtern. Für Extrafälle mit sofortiger Entleerung könnten alltäglich einige Tonnen bestimmt werden.

Für die im Grundwasser belegenen Gruben müsste Rücksicht auf den Grundwasserstand genommen werden, da es völlig zwecklos wäre eine Grube bei hohem Grundwasserstand zu leeren, da sie sich in 24 Stunden wieder mit Grundwasser füllen würde.

Von der Vorstadtbevölkerung, deren Gruben am Garten liegen, müsste verlangt werden, dass die Oeffnung zum Ausschöpfen zum Garten gekehrt sei, damit bei der Entleerung der Hof unbeschmutzt bleibe. Die Entleerung dürfte nur am Tage erfolgen und die Excremente müssten alsbald mit Erde bedeckt werden.

Boettcher.

Vermischtes.

— Zum Präsidenten der St. Petersburger städtischen Sanitätscommission ist der Stadtverordnete wirkl. Staatsrath Dr. Alexander Oppenheim gewählt worden. Das Amt des Präsidenten ist ein unbesoldetes.

— Am 26. December beging der durch seine Thätigkeit auf dem Gebiete des Sanitätswesens Russlands bekannte wirkl. Staatsrath Dr. Julius Hübner das 35jährige Jubiläum seiner wissenschaftlichen und ärztlichen Thätigkeit. Der Jubilar war früher Secretär der St. Petersburger Medicinalverwaltung, dann Chef des Quarantänebezirks in Feodossia, wo er auch als Präsident der örtlichen Gesellschaft der Aerzte fungirte, und ist gegenwärtig Oberarzt der medicinischen Sanitätsaufsicht über das Flussgebiet der Wolga.

— Der jüngere Arzt des St. Petersburger Marienhospitals für Arme, Consultant bei den St. Petersburger Lehr- und Erziehungsanstalten des Ressorts der Kaiserin Maria, wirkl. Staatsrath Dr. Neumann ist auf eigenes Ersuchen von der erstgenannten Stellung enthoben worden.

— In Folge Ablebens des bisherigen Chefs der Militär-Medicinischen Academie Prof. emer. V. Paschutin's ist der Professor der genannten Academie Dr. Alexander Tarenezki (Anatom) stellvertretend mit den Functionen desselben betraut worden.

— An der Moskauer Universität sind in Folge von Ausdienung der Dienstfrist der Professoren Neiding, Sernow, Bulyginski, Ostroumow und Snegirew, die von ihnen bekleideten Lehrstühle der gerichtlichen Medicin, der Anatomie, der medicinischen Chemie, der therapeutischen Hospitalklinik und der Gynäkologie vacant geworden. Für die drei erstgenannten Lehrstühle sind bereits die Nachfolger gewählt worden, und zwar für gerichtliche Medicin der Prosector und Privatdocent Dr. Minajew, für Anatomie der Moskauer Privatdocent Dr. P. J. Karusin und für medicinische Chemie der Charkower Professor W. S. Gulewitsch. Zur Besetzung der beiden Lehrstühle für therapeutische Hospitalklinik und für Gynäkologie wird ein Concurs ausgeschrieben.

— Am 17. Januar vollendeten sich 30 Jahre der ärztlichen Thätigkeit des Leibpädiaters des Kaiserlichen Hofes Dr. Johann Korowin.

— Die literärische und philosophische Gesellschaft in Manchester hat, wie die «Allg. med. C.-Ztg.» erfährt, die Wilde-Medaille für das Jahr 1901 dem bekannten Pariser Bacteriologen und Physiologen Prof. E. Metschnikow (aus Russland) zuerkannt.

— Auf Initiative des gegenwärtig in Heidelberg lebenden früheren Strassburger Klinikers Prof. Kussmaul hat sich ein Comité gebildet, das den berühmten Naturforschern Bunsen, Kirchhoff und Helmholtz in Heidelberg, wo sie in ihrer Blüthezeit gewirkt haben, ein gemeinsames Denkmal setzen will.

— Ordensverleihungen: Der Weisse Adler-Orden — dem Militär-Medicinalinspector des Kasanschen Militärbezirks, Geheimrath Dr. Radakow. Der St. Stanislaus-Orden I. Classe — den wirklichen Staatsräthen: dem Gehilfen des Militär-Medicinalinspectors des kaukasischen Militärbezirks Dr. Kapacinski und den Corpsärzten G. Smirnow und W. Popow. Der St. Wladimir-Orden 3. Classe — dem klinischen Professor des Kiewschen Militärhospitals und ordentlichen Professor der St. Wladimir-Universität, wirkl. Staatsrath Dr. S. Tschirjew.

— Das Allerhöchste Wohlwollen eröffnet: dem Divisionsarzt der 26. Infanterie-Division, wirkl. Staatsrath Dr. Schmemann für ausgezeichnet eifrigen Dienst.

— Verstorben: 1) Am 20. Januar hierselbst der Chef der Militär-medicinischen Academie, Prof. emer. Geheimrath Dr. Victor Paschutin im eben vollendeten 56. Lebensjahre am Herzschlage während einer Conferenzsitzung der genannten Academie. Der Hingeschiedene war als Sohn eines Priesters in Nowotscherkask geboren, wurde in einem geistlichen Seminar erzogen und erhielt seine medicinische Ausbildung an der medico-chirurgischen Academie, an welcher er 1868 den Arztgrad und 1870 auch die Doctorwürde erlangte. Nachdem er behufs weiterer Vervollkommnung zwei Jahre auf ausländischen Universitäten seine Studien fortgesetzt hatte, wurde er 1874 auf den Lehrstuhl der allgemeinen Pathologie in Kasan berufen, von wo er jedoch 1879 nach St. Petersburg zurückkehrte, um den neubegründeten selbstständigen Lehrstuhl der allgemeinen Pathologie an der medico-chirurgischen Academie zu übernehmen, welchen er bis zu seiner Ernennung zum Chef der Academie im Jahre 1890 inne hatte. In demselben Jahre wurde er auch zum Präsidenten des Medicinalraths ernannt und in der letzten Zeit fungirte er noch als Präsident der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit. Paschutin hat das Verdienst, den Unterricht der allgemeinen Pathologie in Russland auf eine hohe Stufe gebracht zu haben. Seine fruchtbare literärische Thätigkeit — wir erinnern hier nur an seine «Vorlesungen über allgemeine Pathologie» 2 Bände — schloss mit seiner Ernennung zum Präsidenten der Academie ab. — 2) Am 19. Januar hierselbst der frühere Arzt am Hofe des Grossfürsten Michael Nikolajewitsch, wirkl. Staatsrath Dr. Beleslav Fischer in hohem Alter. Der Verstorbene hat mehr als 46 Jahre die ärztliche Praxis ausgeübt. — 3) Am 22. Januar der Professor des hiesigen klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna, Dr. Heinrich Schapiro, im 49. Lebensjahre. Nach Absolvirung der medico-chirurgischen Academie im Jahre 1876 mit der goldenen Medaille war Sch. Arzt im russisch türkischen Kriege, dann Ordinator an der Klinik des Prof. Eichwald und habilitirte sich 1885 als Privatdocent an der Academie. Im selben Jahre wurde er als Assistent des Prof. Eichwald und Docent für Diagnostik der inneren Krankheiten an das eben eröffnete klinische Institut berufen, an welchem er 1897 zum Professor ernannt wurde. In den letzten Wochen war er in Folge einer Gehirnaffection dem vollständigen Erblinden nahe. Seine zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten (darunter eine «Diagnostik der Krankheiten des Herzens und der Gefässe») beziehen sich auf verschiedene Fragen der inneren Medicin; ausserdem sind unter seiner Redaction die Uebersetzungen der Lehrbücher von Eichhorst, Klemperer und Penzold ins Russische erschienen. — 4) Am 11. Januar in Kostroma der Arzt am dortigen Gouvernements-Landschaftshospital Michael Tschirkin an Phthisis.

— Zur Besetzung der Oberarztstelle am hiesigen städtischen Kalinkin-Hospital für syphilitische und Hautkranke ist von der St. Petersburger städtischen Hospitalcommission ein Concurs ausgeschrieben worden. Bewerber haben innerhalb zweier Monate ihre Gesuche bei der genannten Hospitalcommission einzureichen, unter gleichzeitiger Beifügung ihres Curriculum vitae, des Doctordiploms, ihrer gedruckten Originalarbeiten, sowie eines Nachweises, dass sie mindestens 10 Jahre in Hospitälern oder Kliniken gearbeitet und einige Zeit eine Abtheilung für Syphilis und Hautkrankheiten selbstständig geleitet oder eine andere entsprechende Stellung in einem Hospital bekleidet haben. Der Oberarzt des Kalinkin-Hospitals geniesst die Rechte des Staatsdienstes und bezieht — bei freier Wohnung im Hospital — eine Jahresgage von 1800 Rbl., welche alle 4 Jahre um 10 pCt. steigt, bis sie die Summe von 2700 Rbl. erreicht.

— Während des nächsten Congresses der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow, welcher vom 3.—10. Januar 1902 in Moskau stattfinden wird, soll eine Ausstellung von Heilmitteln der Volksmedicin veranstaltet werden. Als Organisator der Ausstellung wird Dr. A. Lewizki genannt.

— Am 17. Januar beging die Charkower Universität ihren 96. Jahrestag mit einem Festact. Die Gesammtzahl der Studirenden betrug zum 1. Januar d. J. 1398, darunter 558 Medicinstudirende, und das Lehrpersonal bestand aus 124 Personen. Für den Unterhalt der Universität wurden aus der Reichsrentei 483,000 Rbl. angewiesen. Den Cursus absolvirten in der medicinischen Facultät 136 Studenten. Den Doctorgrad erlangten 3 Personen, den Provisorgrad 48 Personen, das Diplom eines Apothekergehilfen 77 Personen, eines Zahnarztes 65 Personen, eines Dentisten 26 Personen und einer Hebamme 197 Personen.

— Nach dem vor Kurzem Allerhöchst bestätigten Etat der neuen medicinischen Facultät der Odessaer Universität besteht das Lehrpersonal der Facultät aus einem Dekan, 14 ordentlichen und 9 ausser-

ordentlichen Professoren, 11 Assistenten, 5 Prosectoren, 6 Prosectorgehilfen, 12 Ordinatoren der Kliniken. Bei den klinischen Anstalten werden sich befinden: 1 Provisor, 3 Apothekergehilfen, 12 Feldscher und Feldscherinnen, 2 Hebammen. 7 Aufseherinnen und 60 Krankenwärterinnen.

— Zuckerersatz bei Diabetes mellitus. Als solchen empfiehlt neuerdings Dr. J. Frieser in der «Aerztl. C.-Ztg.» die Crystallose, da sie den Speisen und Getränken bei geringstem Zusatz einen angenehmen süssen Geschmack verleiht und nicht wie der Zucker Gährung verursacht und unterhält. Dabei soll die Crystallose die Verdauung in günstiger Weise beeinflussen, während Zucker den Verdauungsvorgang verzögert. Zum Gebrauch bereitet man aus den wasserhellen Crystallen des Mittels in einem Tropffläschchen eine Lösung, von welcher man den Speisen und Getränken nach Bedarf einige Tropfen zusetzt.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 6. Jan. d. J. 8545 (252 mehr als in d. Vorw.), darunter 466 Typhus — (25 mehr), 870 Syphilis — (51 mehr), 330 Scharlach — (15 mehr), 102 Diphtherie — (13 men.), 31 Masern — (11 wen.) und 20 Pockenkranke — (1 mehr als in der Vorw.).

Am 13. Jan. d. J. betrug die Zahl der Kranken 8626 (81 mehr als in der Vorwoche.), darunter 464 Typhus — (2 wen.), 927 Syphilis — (57 mehr), 339 Scharlach — (9 mehr), 112 Diphtherie — (10 mehr), 40 Masern — (9 mehr) und 20 Pockenkranke (0 mehr als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 7. bis zum 13. Januar 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
351	280	631	138	63	130	23	7	3	65	66	60	53	46	40	4	1

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 19, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 9, Scharlach 17, Diphtherie 31, Croup 2, Keuchhusten 2, Croupöse Lungenentzündung 31, Erysipelas 2, Grippe 7, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 92, Tuberculose anderer Organe 17, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 38, Marasmus senilis 13, Krankheiten der Verdauungsorgane 46, Todtgeborene 38.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 6. Febr. 1901.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 12. Februar 1901

Dieser № liegt ein Prospect über «Codeïn» bei.

Довв. ценз. Спб., 27 Января 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 5 St. Petersburg, 3. (16.) Februar 1901

Belladonna-Behandlung bei Darmsperre.

Von

Dr. E. Moritz.

Eines der interessantesten und wichtigsten Capitel aus den Grenzgebieten der inneren Medicin und Chirurgie betrifft diejenigen Erkrankungen, welche mit acuter resp. subacuter Darm-Occlusion oder Darmsperre verlaufen.

Die diesen Symptomencomplex hervorrufenden Erkrankungen der Bauchhöhle sind ja recht mannigfaltige: angefangen von der einfachen Koprostase ohne Darmverengerung, sind es die verschiedenen neoplastischen und narbigen Verengerungen des Darmlumens, die bis zu completem Verschluss führen können; dann die durch Druck von aussen, Strangulation, Darmverschlingung, Axendrehung, innere Incarceration, durch Invagination bedingten Fälle von Ileus; ferner Ergüsse von Galle oder Blut in den Peritonealsack, welche Darmlähmung bedingen können, und endlich alle acuten und subacuten Peritoniten, die durch fortgeleitete Infection (Puerperium) oder was das Allerhäufigste ist, — durch perforative Appendicitis, nächstdem durch andere Darmgeschwüre (Typhus) bedingt sein können.

Alle diese so verschiedenen Erkrankungen führen zu Darmsperren — einem uns Allen sehr bekannten Symptomencomplex: ein mächtig geblähter Unterleib, hoher Zwerchfellstand, Fehlen von Stuhl und ganz gestoppter Abgang von Darmgasen per anum. Dabei Uebelkeit, Singultus, Aufstossen, Erbrechen, das bisweilen fäculent ist, — in höheren Graden kleiner Puls, kalter Schweiss, das Bild des allgemeinen Collapses.

Unter den zahlreichen Fällen dieser Gruppe sind viele, die diagnostisch klar und prognostisch nicht ganz aussichtslos — heutzutage sofort operirt werden müssen. Häufiger indessen, wenn die Symptome nicht zu urgent sind oder die Diagnose des Grundleidens unsicher, wird man eine gewisse Beobachtungszeit nöthig haben, um sich zum chirurgischen Eingriff zu entschliessen resp. einen bestimmten Plan für denselben zu fixiren. Zugleich ist man verpflichtet gegen den bedrohlichen Symptomencomplex der Darmsperre an sich nach Möglichkeit vorzugehen; in vielen Fällen, so bei der Verstopfung durch Kothballen oder bei mässiger Verengerung des Darmlumens durch Neoplasmen, wird man mit Abführmitteln und Klysmen, namentlich hohen, und Oeleingiessungen den Zweck erreichen. Doch sind bei den ernsten Fällen alle Mittel, welche stürmische Peristaltik hervorrufen, geradezu gefährlich, so bei allen Peritonitiden, besonders den perforativen, — meistentheils erreichen sie ihren Zweck nicht, sondern steigern das Erbrechen.

Die numerisch grösste Gruppe bilden die schweren Formen der Appendicitis, welche doch als mehr oder weniger localisirte perforative Peritoniten anzusehen sind. Die schlechten Erfahrungen mit starken Abführmitteln bei dieser Erkrankungsform haben nun schon seit den 70er Jahren zu immer allgemeinerer Anwendung grosser Opiumdosen geführt, um den Darm zu immobilisiren. Jürgensen empfahl 1889 anfangs 40 Tropfen Opiumtinctur, danach weiter zu 10—12. Dies Verfahren steigert aber den Meteorismus, der Puls wird noch kleiner.

Wenn also die Operation nicht sogleich vorgenommen wurde oder werden konnte, — die Diagnose zweifelhaft ist, befindet sich der Arzt in der schlimmen Lage, sich sagen zu müssen, dass seine Therapie event. schaden kann und steht oft unschlüssig da — soll er versuchen durch Abführmittel und hohe Klysmen die Darmperistaltik zu energischer Leistung anzuregen? — um Stuhl und Gas-Abgang zu erzwingen? — oder soll er Opium geben, um die Schmerzen zu lindern und den Darm lahm zu legen, zu immobilisiren? Beides hat seine schweren Bedenken. Für die grosse Zahl dieser unsicheren Diagnosen, in hervorragender Weise, — aber auch für sämmtliche anderen Fälle acuter oder subacuter Darmsperre, giebt es nur ein Mittel, das für alle gleichmässig passt, das ist die Belladonna.

Die Anwendung der Belladonna bei verschiedenen Unterleibs- resp. Verdauungs-Störungen ist recht alt. Das Mittel ist vorzugsweise als Adjuvans bei verschiedenen Compositionen von abführenden Pillen gebraucht worden, und zwar fast immer in der Form des Extr. Belladonnae. Die Engländer und Franzosen brauchen es bis heute häufig, — bei den Deutschen ist dasselbe seit Entdeckung des Atropin (1831 durch Mein) wie es scheint etwas aus der Mode. cf. Eulenburg Encyclop. 1885 u. s. w. Bei uns ist besonders Prof. Eichwald und seine Schüler dem Mittel als werthvolles Ingrediens abführender Pillen treu geblieben, bei habitueller Obstipation, chronischer Stuhlträgheit brauchen Viele das Mittel gern. Niemeyer sagt darüber folgendes:

Niemeyer, VII. Aufl. 1868, S. 632: „Bretonneau und Trousseau rühmen die Belladonna als das wirksamste Mittel zur Bekämpfung der habituellen Stuhlverstopfung und «der mit Trägheit des Dickdarms verbundenen Dyspepsie». Sie machen nicht etwa zu einer Composition von drastischen Medicamenten einen kleinen Zusatz von Belladonna, sondern geben dieselbe (Pulv. hb. Belladonnae gr. $^{1}/_{5}$—$^{1}/_{4}$ mit gleichen Theilen Extr. Bell.) als einziges Medicament. Wenn ich auch nicht ganz in die begeisterten Lobsprüche, welche Trousseau dem Belladonna spendet, einstimmen kann, da ich ihre «éfficacité merveilleuse» keineswegs bei allen Kranken mit habitueller Stuhlverstopfung bestätigt gefunden habe, so bin ich in der That bei einer grösseren Zahl derartiger Kranken durch die ausgezeichnete Wirkung des Trousseau'schen Lieblingsmittels überrascht. Manche Kranke haben mich versichert, dass sie von der Zeit an, in welcher sie statt der drastischen Laxanzen die Belladonna-Pillen genommen hatten, sich wie neugeboren gefühlt und dass sie stets bei der letzteren Verordnung viel weniger als bei den früheren lästige Nebenwirkungen verspürt hätten. Ich vermag leider zur Zeit noch nicht diejenigen Fälle von habitueller Stuhlverstopfung, in denen das Belladonna angezeigt ist, von denen, in welchen sie nicht am Platz ist, mit Sicherheit abzugrenzen. Hoffentlich werden weitere Beobachtungen dahin führen, das eigentliche Heilgebiet des für manche Formen der habituellen Verstopfung ganz vortrefflichen Mittels genauer kennen zu lernen".

In den Handbüchern der Arzneimittellehre, die mir zugänglich waren, findet man meist nicht viel, speciell keine ausreichende Erklärung für die abführende Wirkung. Das einzige Positive ist die lähmende Wirkung des Atropin auf die glatten Muskelfasern, — also auch auf diejenigen des Darms.

1) Nothnagel und Rossbach: Arzneimittellehre 7. Aufl. 1894, S. 769.

„Auf die glatte Muskelfaser ist Atropin ein viel stärkeres Gift (als auf quergestreifte) und wirkt direct lähmend auf dieselbe (Spielmann und Luchsinger)".

Accomodations-Lähmung: Iris und Ciliar-Muskel d. h. Oculomotorius-Endigungen — der Muskel selbst bleibt länger elektrisch erregbar, S. 775 „... dass nach kleineren Atropin-Gaben bei Kaninchen die Darmbewegungen an Lebhaftigkeit zunehmen, sowie dass die Nervi splanchnici ihren hemmenden Einfluss auf die Bewegungscentren der Darmperistaltik verlieren. Die Beeinflussung der N. splanch. ist der der Vagi daher ungemein ähnlich, indem auch in jenen die hemmenden Fasern schon bei kleinsten Gaben gelähmt werden, zu einer Zeit wo alle anderen Nerven, ja alle anderen Fasern (die sensibeln und die motorischen) des splanchnischen Nerven selbst ihre Wirksamkeit noch besitzen..."

2) Husemann: Arzneimittellehre, 3. Aufl., 1892. S. 570.

... „dagegen hat bei der lähmenden Wirkung auf die Darmperistaltik der Gebrauch als Verstärkungsmittel abführender Stoffe (Rheum, Aloë) oder überhaupt als Mittel gegen habituelle Obstipation etwas Paradoxes..."

3) Ewald: Handbuch der Arznei-Verordnungslehre, XIII. Aufl. 1898, S. 372, Extr.-Bell.

.... „In England vielfach bei hartnäckiger Verstopfung in grossen Dosen (0,12 alle 1—2 Stunden bis 0,7 und 0,9 Kehr) gegeben.

Rp. Extr. bellad. 0,5 — R. liq. + E. gent. q. s. f. pill. № 50. DS. 3 × täglich 1—4 Pillen bei habitueller Stuhlverstopfung. (Nunneley).

4) Sobernheim: Handbuch der praktischen Arzneiverordnungslehre, IV. Aufl. 1855, S. 9.

Rp. Rad. belladonnae ℈β, Rad. Rhei ℈ij, Mfp. div. in p. aeq. № X. 2—3 × täglich 1 Pulver. (Hufeland gegen hartnäckige Leberverstopfung, Leberverhärtung, Leber- und Milz-Anschwellung, Gelbsucht). 1 p. Extr. = 3 p. Kraut.

5) Kobert: Lehrbuch der Intoxicationen, 1893, S. 608. Atropin.

„An den Organen mit glatten Muskelfasern ist der Einfluss des Atropin auf die Peristaltik des Darms besonders zu beachten. — Letztere wird nach Schmiedeberg vollständig sistirt, wenn sie blos von den motorischen Ganglien in der Darmwand ihre Impulse erhält. .. Man beobachtet zuweilen nach kleinen Gaben sogar eine Verstärkung der Peristaltik, so dass das Atropin vielleicht die Muskulatur zunächst in mässigem Grade erregt".

Als ich vor ca. 38 Jahren im Obuchow-Hospital meine Thätigkeit begann, waren hier in St. Petersburg unsere angesehensten Consultanten und älteren Collegen zum grossen Theil noch Anhänger complicirter Recepte und die Belladonna kam viel in denselben vor. — Mitte der 70er Jahre besuchte der frühere Oberarzt des Marien-Hospitals, der damals schon pensionirte in Pawlowsk lebende Dr. Spörer bisweilen den Deutschen Aerztlichen Verein und 1876 hatte ich bald nach Begründung dieser Wochenschrift vielmals Correspondenz mit ihm. Auf ihn führt meine Erinnerung zurück, als auf denjenigen älteren Collegen, welcher am meisten für Belladonna bei Ileus artigen Erkrankungen plaidirte, u. a. auch bei der von ihm mit besonderem Interesse studirten Bleikolik. Während meiner ganzen Obuchower Zeit haben wir mit den näherstehenden Collegen vielfach Belladonna- und Opiumbehandlung bald mehr mit Betonung des einen, bald des anderen Mittels geübt und propagandirt. Abführungen per os wurden schon damals von uns bei Perityphlitis verboten; seit die Chirurgie bei den hier in Frage kommenden Unterleibs-Erkrankungen immer mehr und mehr die Führung übernommen hat, hat sich die von mir geübte resp. befürwortete innere Therapie allmählich noch etwas modificirt und zu einer ziemlich präcisirten Methode entwickelt. Die fundamentale Beobachtung, auf welcher das ganze Verfahren basirt ist, lautet etwa so: Einverleibung von Extract. belladonnae zu $^{1}/_{4}$ Gran (0,015) per os alle 4—6 Stunden führt nach 6—8—10 Gaben zu den ersten Intoxications-Erscheinungen, Trockenheit im Rachen, Aufregung, bisweilen Delirien, und ganz sicher kurz vor Auftreten dieser Symptome, zu abundanten Abgängen von Stuhl und Darmgasen, und zwar was besonders zu bemerken ist, — ohne schmerzhafte Peristaltik und ohne Erbrechen. Nachdem ich Jahre — Jahrzehnte hindurch diese Thatsache in immer neuen und immer wieder individuell verschiedenen Fällen habe sicher stellen können, — stehe ich nun nicht an, für die ganze Gruppe der vorhin genannten Krankheiten als cardinales Mittel das Extract. Belladonnae zu empfehlen. Oefters habe ich daran gedacht, Atropininjectionen an-

statt der Belladonna zu geben, doch immer wieder davon Abstand genommen wegen der heftigen Giftigkeit des Mittels, mit welchem mir kein so sicheres Manipuliren möglich schien, wie mit dem erprobten Belladonna.

Selbstverständlich ist in jedem einzelnen Falle die specielle Vorschrift demselben individuell anzupassen. Nehmen wir den allergewöhnlichsten Fall: acute Appendicitis 2. oder 3. Tag, seit 2 × 24 Stunden kein Stuhl, keine Abgänge, Uebelkeit, bisweilen geringes Erbrechen, Aufstossen mit Mageninhalt, starker Meteorismus, oberer Leberrand an der 5. Rippe, starke Druckempfindlichkeit des ganzen Unterleibs, vorzugsweise vermehrte Resistenz R. und M.; Fieber 38—39,5, Puls klein, mässig, frequent, ca. 100. Ziemlich starke spontane Schmerzen; Pat. hat gar nicht schlafen können. — Da lautet die Verordnung: Eis auf den Leib, — e i n e starke Dosis Opium oder besser noch eine Morphiuminjection und alle 4 Stunden (1 Belladonna-Pille) $^1/_4$ Gr. Extract. Belladonnae, bis Blähungen per anum abzugehen beginnen. Zugleich erhält Pat. nur etwas Wasser oder Wasser mit Wein, — keine Nahrung.

Gewöhnlich wird schon etwa die 6. Pille eine gewisse Erleichterung bringen; es gehen einzelne Gasblasen ab, anfangs nur schüchtern und zögernd, bald jedoch reichlicher und polternd; — man giebt dann wohl noch 1 Pille oder lässt sogleich ein kleines Oellavement einlaufen. Gleichzeitig mit den ersten Gasabgängen lassen die spontanen Schmerzen und die übrigen subjectiven Beschwerden. — Uebelkeit, Unruhe — nach, es tritt meist etwas Schlaf ein. Bald erfolgt nun ein reichlicher gewöhnlich breiiger Stuhl und die Temperatur sinkt. Sobald dieser erste erwünschte Stuhleffect erzielt ist, thut man gut, die Belladonna zu sistiren, denn die nervösen Intoxications-Erscheinungen pflegen diesem Moment ziemlich bald zu folgen. Man hat nun aber Zeit gewonnen und kann mit mehr Ruhe die weitere Entwickelung des Krankheitsprocesses abwarten. Der peritonitische Exsudationsherd wird sogleich nach der Entleerung deutlicher palpatorisch abgrenzbar und im Verlauf der nächsten Tage zeigt sich nun, ob Resorptions-Tendenz da ist, so dass man die (fast immer anzurathende) Operation bis zum Zeitpunct völliger Entfieberung aufschieben kann, — oder ob sich ein circumscripter Abscess bildet, der natürlich früheren Eingriff erfordert. Bedeutende Erleichterung für einige Zeit wenigstens — wird fast immer erreicht. Wenn die Gaspassage wieder stoppt, kann man meist durch einige Belladonna-Gaben sie wiederherstellen, während der Versuch zu energischen Entleerungen durch Clystiere oder Ricinus meist noch durch Fieber und Schmerzsteigerung beantwortet wird.

Ist der erste Belladonna-Effect nicht befriedigend, so dass einige Flatus zwar abgehen, das Fieber aber hoch bleibt, dann hat man es meist mit einem Kothabscess und wohl auch weiterer Ausdehnung der localen Peritonitis zu thun und die Operation ist nicht länger aufzuschieben. Auch selbst in diesem letzten Falle hat die Belladonna-Behandlung nicht geschadet, — während eine Opium-Behandlung die Darmparese steigert, die Gefahr aber eigentlich durch subjective Erleichterung nur verschleiert.

Im Allgemeinen ist die durch Peritonitis bedingte Darmsperre, die wir bis jetzt gewohnt sind, als paralytische anzusehen, ziemlich sicher durch Belladonna-Behandlung zu beseitigen, falls nicht der Verlauf ein foudroyanter war, wie etwa bei weiter Typhusperforation. Bei Darm-Occlusion durch Volvulus, Axendrehung der Flexur, Tumor, wenn der Fall nicht zu augenblicklicher Operation drängt, — wo also die Schwere des Hindernisses der Darmpassage noch nicht sicher beurtheilt werden kann, der Zustand des Patienten einiges Temporiren gestattet, — da ist unsere Belladonna-Behandlung in Verbindung mit Opium ebenfalls sehr werthvoll.

Diese Fälle unterscheiden sich von der Gruppe der entzündlichen peritonitischen Darmsperre durch völlige oder fast völlige Unempfindlichkeit des aufgetriebenen Unterleibs gegen Druck während der Darm-Ruhe; — sobald peristaltische Wülste, Kolikschmerzen einsetzen, ist ja auch hier äusserer Druck sehr empfindlich.

Das Opium beseitigt die schmerzhafte Peristaltik, die Belladonna begünstigt die Entspannung des Leibes, sofern es gelingt Gase zum Durchpfeifen zu bringen. Bei diesen Fällen sind wiederholte Klystiere, namentlich Oelklystiere und in der Stellung à la vache die beste Unterstützung der Opium-Belladonna-Behandlung. Auf diese Weise glaube ich einige Male leichtere Axendrehungen der Flexur wieder redressirt zu haben.

Auch bei Occlusion durch ein das Lumen verengendes Neoplasma gelingt es oft temporäre Passage wiederherzustellen und damit eine sichere palpatorische Diagnose möglich zu machen.

Natürlich kann die erwähnte Behandlung lange nicht in jedem Falle das erwünschte Ziel, die Eröffnung der Darmpassage, erreichen; man wird, nachdem die vorgeschriebenen 8 Pillen in $1^1/_2$—2 Tagen erfolglos verbraucht sind und danach 2—3 Oelklystiere wirkungslos blieben, zur Operation schreiten müssen. — Nach operativer Beseitigung des Hindernisses (Volvulus, redressement, Gastroenterostomien, Excision von Neoplasmen u. s. w.) wird sich noch eine günstige Nachwirkung der Belladonna-Behandlung darin zeigen, dass bald beginnen Gase abzugehen und schmerzloser Stuhl eintritt. Auch Intoxications-Erscheinungen, Belladonna-Delirien kommen bisweilen später zum Vorschein, dauern aber selten mehr als 1—$1^1/_2$ Tage und vergehen ohne Consequenzen.

Die erste Bedingung einer jeden zu empfehlenden Behandlung ist das «primum non nocere!» — und diese ist, wie ich nach vielhundertfältiger Erfahrung sagen kann durch die Belladonna erfüllt. Bei der entzündlichen Darmsperre, Appendicites u. s. w. empfehle ich dabei vom Opium wo möglich abzusehen und heftige Schmerzen durch Morphiuminjection zu bekämpfen. Bei mechanischer Darmocclusion ist sie in Verbindung mit Opium auch das beste Verfahren — Morphium ist weniger wirksam zur Bekämpfung der schmerzhaften Koliken. Eis auf den Leib ist bei beiden Formen eine gute Unterstützung.

Ein Hauptvorzug meiner Behandlungs-Methode liegt darin, dass sie eben für a l l e Fälle von Darmsperre passt und dadurch dem Arzt die schweren gemüthlichen Aufregungen erspart in den nicht seltenen diagnostisch unklaren Fällen, in welchen er rasch handeln soll und vor der schweren Verantwortung steht, dass er nicht schade. Wenn man zu einem Kranken der bezeichneten Art — es sind meist acute und schwere Erkrankungen — gerufen wird, bleibt einem die erste und schwerste Entscheidung nicht erspart — nämlich ob s o f o r t i g e O p e r a t i o n nothwendig ist; wenn man dieselbe auch nur für z u n ä c h s t aufschiebbar hält — dann rathe ich Jedem sogleich mit der Belladonna-Behandlung zu beginnen. Schaden thut sie nie, bisweilen wird sie allein zum Ziel führen, meistentheils wird sie zunächst Erleichterung bringen und die Chancen einer späteren Operation günstiger gestalten!

Referate.

Marcinowski: Zur Atropinbehandlung des Ileus. (Münch. medicin. Wochenschrift 1900, Nr. 43.)

Holz: Zur Atropinbehandlung des Ileus. (Münchener medicin. Wochenschrift Nr. 48.)

Demme: Weitere Beiträge zur Atropinbehandlung des Ileus. (Münchener medicin. Wochenschrift Nr. 48.)

Lüttgen: Zur Atropinbehandlung des Ileus. (Münchener medicin. Wochenschrift Nr. 48.)

Ostermaier: Zur Darmwirkung des Atropins. (Münchener medicin. Wochenschrift Nr. 49.)

Marcinowski theilt einen Fall von Ileus bei einer 32-jährigen Frau mit, die nach einer heftigen Anstrengung unter den Erscheinungen des acuten Darmverschlusses erkrankte und der er nach 2 mal 24 Stunden eine Injection von 0,005 Atropin subcutan applicirte nach der Empfehlung von Bartsch (Münch. med. Woch. 1900 Nr. 27). Im Verlauf der nächsten Stunden beruhigte sich das Bild zusehends. Erbrechen trat überhaupt nicht mehr auf, der Schmerz zog sich etwas nach der linken Seite herüber, der Leib wurde weicher und nach Ablauf von 6 Stunden erschien breiiger Stuhlgang und Flatus. Die Frau genas. In einem anderen Falle handelte es sich um eine incarcerirte Hernie bei einem 62jährigen Patienten, wo auch nach 2 Tagen 0,005 Atropin. sulf. injicirt wurde und das Kothbrechen und die Schmerzen aufhörten und nach 2 Tagen nach Klysma Stuhlgang erfolgte. Auch hier wurden keine bedrohlichen Erscheinungen von Atropinvergiftung beobachtet.

Der 42jährige Patient von Holz, Potator mit Mitralinsufficienz, erkrankte im Anschluss an einen Diätfehler an ileusartigen Erscheinungen. Morphium und Opium hatten keinen Erfolg, doch gingen zeitweise Flatus ab; erst am 3. Krankheitstage wurde 0,001 Atropin injicirt, am nächsten Tage gingen massenhaft Flatus und nach einem Klysma Stuhl ab. Patient erholte sich bald.

Demme beobachtete eine 28jährige Patientin, die seit 48 Stunden keinen Stuhl und keine Flatus hatte und seit 12 Stunden erbrach, unter heftigen Leibschmerzen. Morphium und Opium beruhigten für kurze Zeit, aber erst nach 0,003 Atropin subcutan am 3. Tage schlief Patientin einige Stunden; die Schmerzen traten indessen wieder auf, so dass am nächsten Morgen 0,005 Atropin injicirt wurden. Nun liessen die Schmerzen nach und es erfolgte reichlicher Stuhlgang. Ein zweiter Patient, 33jähriger Landknecht, war seit 3 Tagen an Ileus erkrankt; es bestand sehr starker Meteorismus. Da Erbrechen fäculenter Massen auftrat, injicirte D. sofort 0,005 Atropin. Nach circa 20 Minuten liessen die Schmerzen nach, das Erbrechen hörte auf, gegen Abend reichlicher breiiger Stuhlgang. Patient genas.

Bei der 65jährigen Patientin von Lüttgen handelte es sich um eine incarcerirte Schenkelhernie, die am 4. Tage operirt wurde. Allein auch nach der Operation dauerte die Kothverhaltung an, weswegen L. 0,005 Atropin injicirte. Eine halbe Stunde darauf traten die Zeichen schwerer Atropinvergiftung auf: Trockenheit im Munde, Pupillenerweiterung, Röthe des Gesichts, Convulsionen, Delirien. Nach 12 Stunden waren alle diese Erscheinungen zurückgegangen und Patientin entleerte reichlichen Stuhl. Allein im Laufe der nächsten Tage trat wieder Erbrechen auf und Patientin ging in Folge Kräfteverfalls zu Grunde. Nach Meinung des Autors hätte eine wiederholte Injection hier sichere Hilfe gebracht.

Der 80jährige Patient von Ostermaier hatte seit 10 Tagen keinen Stuhl, der auch nach Laxantien und Einläufen nicht zu erzielen war. Pat. hatte Erbrechen, Meteorismus und heftige Schmerzen, daneben bestand hochgradige Arteriosclerose. Patient collabirte, der Puls wurde arythmisch. Autor injicirte nun 0,001 Atropin mit dem Erfolg, dass nach einer Stunde das Erbrechen sistirte und die Schmerzen aufhörten. Am nächsten Tage Euphorie, Puls besser, Nahrungsaufnahme: aus dem Rectum wurden Scybala digital entfernt. Da kein Stuhl eintritt werden am nächsten Tage (14. Krankheitstag) wieder 0,003 Atropin injicirt und nach 4 Stunden erfolgt beschwerdeloser Stuhl mit Flatus. Patient genas. Ausserdem hat Autor das Atropin öfter als Evacuans angewandt bei Affectionen, die unter dem Bilde eines secundären, reflectorischen Enterospasmus oder einer secundären, reflectorischen Darmparese allein oder mit Spasmus combinirt verliefen. Es handelte sich um Darmfunctionsstörungen im Anschluss an Gallenstein- oder Nierensteinkolik, an Cardialgien, Epididymitis, Lumbago etc. Das Atropin erwies sich hier in seiner Wirkung nahezu ausnahmslos ganz überraschend günstig. Auch in 2 allerdings leichten Fällen von Appendicitis hat O. Atropin Morgens und Abends 1/2 Mgm. mit Erfolg angewandt.

Weyert.

Slowtzoff: Zur Kenntniss der pflanzlichen Oxydasen. Hoppe Seyler's Zeitschrift f. physiol. Chemie. Bd. XXXI.

In den letzten Jahren sind 5 verschiedene pflanzliche oxydirende Fermente isolirt worden. Verf. untersuchte aus Kartoffeln und Kohl dargestellte Laccase, dasjenige von ihnen, welches zu allererst und zwar im Harze des Lackbaumes entdeckt wurde und gewissermaassen als Typus für alle gelten kann. Nach S.'s Untersuchungen erweist sich die Laccase als richtiges Ferment, da sie ihre Wirkung bei hoher Temperatur verliert, ferner ihre Wirkung proportional der Quadratwurzel aus ihrer Menge ist und die Menge der bei den Versuchen entstandenen Producte eine Function der Menge des Fermentes, nicht aber der Menge der oxydirenden Substanz ist. Die Laccase kann zu den Eiweisskörpern gerechnet werden, wird weder durch peptische noch pancreatische Verdauung zerstört und wirkt am besten bei schwach alkalischer Reaction.

Wichert.

Genzalez Tanago: Die Phosphaturie als Secretionsneurose der Niere. Monatsberichte von Casper und Lohnstein. Bd. V. Heft 12.

Gegenüber der Anschauung, dass die Phosphaturie ausschliesslich als Folge der Hyperchlorhydrie bei neurasthenischen Individuen aufzufassen sei, betont T. an der Hand seiner Fälle und auf Grund theoretischer Deductionen, dass es sich stets um eine von den Genitalorganen ausgelöste reflectorische Secretionsanomalie der Nieren handle. An und für sich führe die Neurasthenie nicht zur Phosphaturie, es sei stets erforderlich, dass ausserdem noch an irgend einem Puncte des Urogenitalapparates eine pathologische Alteration bestände. Die Affection hat, soweit es sich nicht um Pat. mit gonorrhoischen Antecedentien, Excedenten etc. handelt, oft einen Character, der sich noch gegenwärtig der genauen Beobachtung entzieht, dessen Vorhandensein aber durch die Wirksamkeit der Therapie erwiesen wird, welche neben allgemein kräftigender Behandlung hauptsächlich in energischer Behandlung der Urethra zu bestehen hat.

Wichert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Ebstein: Die Medicin im alten Testament. Enke.

Man muss bei der Beurtheilung der medicinischen Verhältnisse bei den alten Israeliten auf Grund der alttestamentarischen Schriften stets im Auge behalten, dass die nicht eigentlich medicinische Fachschriften repräsentiren, mithin auch garnicht dazu bestimmt und geeignet sind, uns eine detaillirte Uebersicht über den Stand der medicinischen Wissenschaft zu vermitteln. Der Mangel der Kenntnisse von Bau und Functionen des menschlichen Körpers ist die Ursache, dass die die Pathologie betreffenden Angaben in den biblischen Schriften eine sehr viel niedrigere Stufe erkennen lassen, als das ungefähr gleichzeitig entstandene Corpus Hippocraticum. Die mosaischen Gesundheitsgesetze erfahren in vorliegender Schrift eine sehr eingehende Würdigung, doch hebt Verf. mit Recht hervor, dass es unzulässig sei, nach den vorhandenen Ueberlieferungen die mosaische Sanitätsgesetzgebung bis ins Kleinste zu verfolgen und auf Grund unserer modernen Kenntnisse zu analysiren. Alle diese Vorschriften seien immer den jeweiligen Verhältnissen angepasst und mit deren Veränderung auch modificirt worden. — Als ein höchst lesenswerther und interessanter Beitrag zur Geschichte der Medicin sei vorliegendes Buch empfohlen.

Wichert.

Mendelsohn: Ueber Bau und Function des harnleitenden Apparates. Urban und Schwarzenberg.

In der vorliegenden Studie unternimmt Verf. eine zusammenfassende und eingehende Darstellung unserer Kenntnisse über Nierenbecken und Ureter. Bisher hat eine solche gefehlt. In 9 Capiteln, von denen wir besonders die über Topographie des Harnleiters und über die Lagebestimmung des Ureters auf der äusseren Körperfläche hervorheben möchten, wird der Gegenstand abgehandelt. Der äusserst sorgfältigen Arbeit ist ein sehr grosses Literaturverzeichniss (310 № umfassend) beigegeben.

Wichert.

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1294. Sitzung am 25. September 1900.

Peters hält seinen angekündigten zum Druck bestimmten Vortrag: «Ueber Erkrankungen des Gehirns durch Autointoxication, Encephalopathia corticalis autotoxica».

Verf. beschäftigt sich mit einer sog. functionellen Gehirnkrankheit, welche bei acuten Infectionskrankheiten zur Beobachtung kommt und in der Literatur den etwas vagen Namen «état de Méningisme, Pseudomeningitis» führt.

Die Krankheit setzt sich aus Symptomen von Bewusstseinsverlust mit periodischen Hallucinationen, sowie aus Krampfzuständen zusammen, denen sich bisweilen Lähmungen — Aphasien, Paraparesen — anschliessen und acute Psychosen folgen können. Sie kann als der höchste Grad eines Zustandes aufgefasst werden, der bei Typh. abd. als Status typhosus bezeichnet wird, bei Cholera infantum als etwas dem Hydrocephaloid verwandtes. Sie kommt meist nicht vor dem 8. Tage der betreffenden Infectionskrankheit zur Beobachtung. Am häufigsten hat Verf. sie unter seinen 13 Fällen bei Abdominaltyphus angetroffen (5 F.), dann bei Influenza (3 F.), Cholera infantum (2 F.), ferner bei Pn. croup. und Rubeola (je 1 F.), endlich bei einer Staphylococcus pyogenes aureus-Infection (1 F.).

Das klinische Krankheitsbild erinnert in seinen groben Zügen namentlich im Beginn ganz auffallend an Meningitis tuberculosa und wird wohl häufig mit ihr verwechselt. Der Ausgang ist jedoch meist Genesung. (Von den 13 Fällen des Verf. ist einer gestorben).

Eine nähere Analyse der Gehirnsymptome zeigt, dass die meningealen Erscheinungen ganz in den Hintergrund treten, namentlich auch, dass Zeichen einer basilären Betheiligung fehlen, dagegen, dass wir es vorwiegend mit einer Affection der Hirnrinde zu thun haben. (Das Nähere darüber, sowie über die differentielle Diagnose zwischen den übrigen Gehirnkrankheiten, sowie zwischen Encephalopathia cortic. und Uraemie s. Original). — Neben den Gehirnsymptomen und gleichzeitig mit ihnen in Erscheinung tretend findet man ferner: Veränderungen am Herzen, — beschleunigter Puls, rasch vorübergehende Zeichen von Herzschwäche; Veränderungen der Nierenthätigkeit — bisweilen Albumin, meist Hemialbumose in geringen Mengen ohne Cylinder, ohne andere Formelemente; leichte, aber deutlich ausgesprochene Oedeme, meist an den Füssen, einmal an Händen und Füssen zugleich, die Verf. selbst bei Fällen mit qualitativ und quantitativ vollständig normaler Herzaction beobachtet hat und die er der Kategorie der toxischen Oedeme zurechnet.

Bei der Autopsie des obenerwähnten unter schweren encephalopathischen Erscheinungen corticaler Natur verstorbenen Falles von Abdominaltyphus ergab sich makroscopisch: Blutüberfüllung der Gefässe und Gehirnoedem. Mikroscopisch: Abwesenheit jeglicher Art von Mikroorganismen, Ueberfüllung der grösseren Gehirngefässe mit Blut. Capillaren meist leer, einige durch coagulationsnekrotische Schollen verstopft. An der Stelle der Verstopfung eine spindelförmige Erweiterung des Gefässchens.

Die weisse Gehirnsubstanz so gut wie normal. In der grauen, und zwar am meisten ausgesprochen in der der weissen Substanz näher gelegenen, Schicht der Pyramidenzellen eine äusserst starke Blähung der pericellulären Räume: das Protoplasma der betreffenden Pyramidenzellen zusammengedrückt an die Wand des pericellulären Raumes gedrängt. In der leeren Partie des pericellulären Raumes selber entweder ein oder zwei rothe Blutkörperchen liegend, oder einige spärliche Leucocythen. Meist aber enthielten die Kapseln nicht solche Formelemente sondern nur noch den Kern der Pyramidenzellen während das Protoplasma zerstört war. Stärkere Erscheinungen einer ausgesprochenen Entzündung nirgend zu finden.

Mit Beginn der Encephalopathie war meist eine Abnahme der Temperatur zu constatiren.

Das acute Einsetzen der Encephalopathie, die Mitbetheiligung der Vasomotoren, der Nieren, die Oedeme, der Befund im Gehirn, — alles das erinnert so sehr an ähnliche Erscheinungen, wie sie überhaupt bei vielen andern Intoxicationen zur Beobachtung kommen, namentlich auch bei denen, die experimentell, durch Einführung z. B. von gewissen Eiweissarten ins Blut, hervorgerufen werden, dass Verf. die Vermuthung ausspricht, es handle sich auch in seinen Fällen um eine solche «Vergiftung» des ganzen Organismus durch Producte eines pathologischen Stoffwechsels mit vorwiegender Localisation im Gehirn. (Toxisches Oedem namentlich der Hirnrinde). — Die Annahme einer derartigen Vergiftung wird dadurch noch plausibler, dass Verf. in manchen Fällen mit Einsetzen der Hirnsymptome einen Stillstand im Gewichtsverlust, oder gar eine kurzdauernde Zunahme des Körpergewichtes constatiren konnte, was auf eine Retention zum mindesten von Wasser hinwies. Da ein Einbringen von Wasser allein in dem Masse, wie man in den vorliegenden Fällen es hatte, jedoch nicht giftig ist, so muss man das Vorhandensein von gewissen Giftstoffen postuliren, welche im Wasser gelöst waren und mit ihm zusammen im Körper zurückgehalten wurden.

Welcher Art diese Giftstoffe sind, lässt Verf. unentschieden. Nur scheint ihm sicher, dass sie nicht den Toxinen sensu proprio, d. h. den Producten der Lebensthätigkeit der pathogenen Mikroben angehören und zwar aus folgenden Gründen:

1) Die Encephalopathia cort. kommt nicht zu Beginn der betreffenden Infectionskrankheit, wo die Toxinwirkung am stärksten ist, zur Erscheinung, sondern meist erst am 8., 9. Tage, wo die Toxine bereits durch Bildung von Antitoxinen in ihrer Wirkung paralysirt sein müssten.

2) Die Encephal. steht nicht in directem Verhältniss zur Höhe der Körpertemperatur. Im Gegentheil ihr Beginn ist nicht von einem Steigen, sondern von einem Fallen derselben begleitet. Da man nun bei einigen der ebenangeführten Krankheiten, wie Typhus, Pneum. croup., einigermassen aus der Höhe der Temperatur Rückschlüsse auf die Intensität der betreffenden Toxine machen kann, so zeigt dieses Fallen eher eine Abnahme der specifischen Toxinwirkung während der betreffenden Gehirnperiode an. In demselben Sinne ist der Umstand aufzufassen, dass bei einem ev. Typhusrecidiv, wo wohl von neuem Toxinbildung vorsichging, die während der ersten Fieberperiode stark ausgesprochene Encephalopathie nicht mehr zur Beobachtung gelangte.

3) Ein der Encephal. vollständig gleiches Bild hat Verf. beobachtet bei fieberlosen Magen-Darmcatarrhen nach Ueberladungen des Digestionstractus mit ungiftigen Speisen, wo von Toxinen wohl nicht die Rede sein konnte. Näher liegend scheint die Annahme, dass wir es mit Producten der «interstitiellen Autointoxication» zu thun haben, die sich zu der Periode in besonders hohem Grade im Blute anhäufen müssen.

Die Genese dieser Autointoxication wäre also etwa folgende: die Toxine als protoplasmatisches Gift zerstören die rothen und weissen Blutkörperchen; es entsteht «Anoxhaemie». Das Blut wird minderwerthig. (Haemoglobin nach Verf. in 1 Fall 58 pCt., rothe Blutkörperchen 3,700,000, weisse 12,000). Dieses minderwerthige Blut an und für sich kann die Entgiftung der Gewebszellen nicht in genügendem Maasse besorgen, die Gewebsathmung sinkt; dazu kommt noch, dass die von solchem insufficientem Blute gespeisten speciellen «Entgiftungsorgane», wie Leber, vielleicht Thyreoidea, Darm, sowie die giftausscheidenden Organe, wie Niere, Haut, ebenfalls insufficient werden müssen, was ein weiterer Grund zur Ueberladung des Blutes und der Gewebszellen mit Producten der geschwächten Assimilation und Desassimilation wird.

Die Toxine geben somit den ersten Anstoss, worauf auch bei den Infectionskrankheiten der übrige Mechanismus in derselben Weise sich abrollt, wie es die Autoritäten auch für die übrigen Formen der Autointoxicationen constatiren.

Allerdings sind nach Bouchards Vorgange fast ausschliesslich die Autointoxicationen bei chronischen Erkrankungen der Leber, Niere, Thyreoidea, Pankreas etc. studirt worden und nur unter solchen Verhältnissen wird ihre Existenz zugelassen. Wenn nun eine isolirte Erkrankung eines der eben genannten Organe bereits eine schwere Allgemeinerkrankung nach sich ziehen kann mit dem Character der Autointoxication, wie es von den besten Autoren auf diesem Gebiete für erwiesen dargestellt wird, um wieviel mehr muss eine acute und gleichzeitig mehrere «Entgiftungsorgane» auf einmal betreffende Erkrankung, welche nach Verf. bei den acuten Infectionen vorkommt, denselben oder noch einen stärkeren Effect bedingen.

Wenn diese Calculationen richtig sind, so muss es in jeder Infectionskrankheit eine Periode geben, die besonders deutlich solche Autointoxicationserscheinungen zeigt. — Eine Durchsicht von 107 Fällen von Abdominaltyphus, die in dieser Richtung angestellt wurde, ergab in der That, dass in 49 Fällen eine solche Periode constatirt werden konnte, welche mit Leydens «Periode der Wasserretention bei Fieber» zusammenfiel, etwa um den 8.—10. Tag herum begann und mit Stillstand in der Abnahme des Körpergewichts einherging. 23 mal war in dieser Zeit ein besonders starker Status typhosus notirt.

Der Grund, dass nicht alle Kranken zu dieser Periode an solchen Autointoxicationen des Gehirns erkranken, liegt in der individuell verschiedenen Resistenzfähigkeit gegen Gifte, sowie andrerseits in der erblich verschieden veranlagten Disposition gewisser Organe zu Erkrankungen. Mit wenigen

Ausnahmen waren alle Patienten des Verf. entweder erblich belastet (Eltern nervenkrank) oder selber nervenkrank gewesen (Hysterie, Eklampsie, Laryngospasmen) und ihr Gehirn wohl als Locus minoris resistentiae anzusehen.

Die beiden obenerwähnten Umstände, welche die Encephalopathie begleiten, die Einkerbung der Temperaturcurve, der Stillstand in der Abnahme des Körpergewichtes, sowie als dritter Factor das Schlimmerwerden der Gehirnsymptome in der Nacht, sprechen indirect ebenfalls für eine Ansammlung von Giftstoffen im Körper, welche die reactiven Fähigkeiten desselben herabsetzen, unter anderem auch das Temperaturcentrum lähmen. Gelingt es diese Thätigkeit der Zellen wieder anzuregen und eine verstärkte Ausscheidung der retenirten Abfälle des Stickstoffumsatzes zu Stande zu bringen, so vergeht die Encephalopathie bisweilen mit Wiederansteigen des Fiebers.

Die hieraus resultirenden therapeutischen Indicationen sollen an anderer Stelle auseinandergesetzt werden.

(Autoreferat).

Discussion:

Moritz hält es nicht für erwiesen, dass die mitgetheilten Fälle eine einheitliche Gruppe bilden und eine Krankheit sui generis darstellen. Ferner bemerkt M., die Thatsache der Genesung spreche noch nicht unbedingt gegen den tuberculösen Character einer Meningitis; er führt folgende 2 Fälle aus dem Alexander-Hospital zur Stütze des letzteren Satzes an:

Fall I: Ein junger Mann wurde (1885) wegen Caries der Wirbelsäule operirt; Auskratzung zweier Wirbel (Dr. Vogel); gute Heilung. Patient konnte gehen und wurde auch wegen des günstigen Effectes der Operation auf dem Congress russischer Aerzte demonstrirt. Nach einigen Wochen Erscheinungen von tuberculöser Meningitis (Fieber, Kopfschmerz etc.). Pat. genas diesmal und wurde als geheilt aus dem Hospital entlassen. Nach Monaten entwickelte sich eine Psychose; Pat. wurde in die Anstalt des Dr. Nishegorodzew aufgenommen, wo er denn unter erneuten Erscheinungen einer tuberculösen Meningitis starb. Die Section ergab, neben frischer Meningitis der Convexität, Residuen einer solchen an der Basis (knotenförmige Verdickungen). Wenn nun Pat. das erste Mal auch nicht definitiv von der Meningitis genesen war, so hatte er doch unzweifelhaft einen acuten Schub derselben überstanden.

Fall II: Junger Mann, erblich tuberculös belastet, mit Affection der rechten Lungenspitze, wurde kürzlich unter den Erscheinungen einer Meningitis (Fieber, Kopfschmerz, psychische Alteration. Kernigs Symptom etc.) aufgenommen. Diagnose: Meningitis tuberculosa. Allmählich sind nun alle meningitischen Symptome geschwunden, während der Process in der Lunge weitere Fortschritte macht.

Kernig: In der Literatur sind sogar einige Fälle bekannt mit Nachweis von Tuberkelbacillen im Liquor cerebrospinalis und dennoch nachfolgender Heilung! Dass eine sicher tuberculöse Meningitis heilt, ist gewiss eine grosse Seltenheit, kommt aber unzweifelhaft vor.

Lunin hat ein ähnliches Bild, wie das vom Vortragenden beschriebene, öfters bei Kindern nach verschiedenen acuten Infectionskrankheiten gesehen (so nach Typhus, Pneumonie, Scharlach etc.). Es ist fraglich, ob solche Fälle alle in gleicher Weise zu deuten sind. Von allen Symptomen der Meningitis hält L. die Alteration des Pulses und zwar nicht so sehr seine Verlangsamung, als vielmehr die Unregelmässigkeit, für das constante und wichtigste; auch das Kernig'sche Symptom hat L. bei Meningitis tuberculosa nie vermisst. Der negative ophthalmoscop. Befund beweist nichts gegen tubercul. Meningitis, da die Miliartuberkel der Chorioidea ein sehr seltener Befund sind. In den hier besprochenen Fällen, die nur ein der Meningitis ähnliches Bild geben, muss die Therapie eine andere sein als bei dieser; warme Bäder, Excitantien und gute Ernährung sind hier am Platz.

Hoerschelmann: Im Verlaufe des Typhus sieht man bei Kindern manchmal sehr schwere Gehirnstörungen, Sopor, Unruhe etc.

Kernig fragt, ob die in den vorgelegten Präparaten sichtbaren Veränderungen nicht als entzündliche aufzufassen seien? Autointoxication könnte schliesslich doch auch zu anatomischen Veränderungen führen. K. verweist dabei auf die von Jagodinski bei der Eklampsie, also einer typischen Autointoxication, im Gehirn nachgewiesenen pathologisch-anatomischen Veränderungen.

Peters hat nicht behaupten wollen, dass die tuberculöse Meningitis niemals zur Heilung käme. Die seltenen Ausnahmefälle sind ihm bekannt. In den hier geschilderten Krankheitsfällen, ausser dem einen letal verlaufenen, glaubt P. anatomische Veränderungen im Gehirn ausschliessen zu können; die schweren cerebralen und psychischen Symptome sind am wahrscheinlichsten durch Autointoxication allein zu erklären; zu entzündlichen Veränderungen braucht es dabei nicht zu kommen. Es handelt sich in P.'s Fällen nur um das acute Stadium der Erkrankung; die Psychosen etc. im Nachstadium des Typhus und anderer Infectionskrankheiten sind anders zu beurtheilen, auf Hirnanaemie und andere Ursachen zu beziehen. In der Hälfte der Fälle von Typhus kommen beim Fallen der Temperatur leichtere nervöse Störungen vor.

(Die Fortsetzung der Discussion über den Vortrag Serck's (cf. Protokoll der Sitzung vom 8. Mai) wird auf die nächste (October-) Sitzung vertagt).

Director: W. Kernig.
Secretär: E. Blessig.

Professor Dr. Heinrich Schapiro †.

Am 22. Januar verstarb hier Dr. Heinrich Schapiro, Professor am K. Klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna, im Alter von 48 Jahren. Nach Absolvirung des Gymnasiums in seiner Vaterstadt Grodno (1871) studirte er in St. Petersburg (bis 1876). Als junger Militärarzt aus dem russisch-türkischen Feldzug zurückgekehrt, wurde er zum klinischen Militärhospital zucommandirt, wo er unter der Leitung des Prof. E. Eichwald eine gediegene klinisch-wissenschaftliche Ausbildung erhielt. Nach mehrjährigem Militärdienst in St. Petersburg und Odessa wurde er (1885) zum Privatdocenten der medicinischen Akademie ernannt und trat zugleich in das neubegründete klinische Institut für Aerzte ein, wo er abermals als Prof. Eichwald's Assistent fungirte und mit Vorlesungen über physikalische Diagnostik betraut wurde. 1896 zum älteren Assistenten des Instituts avancirt, wurde er bereits im darauffolgenden Jahre zum Professor ernannt.

Aus seinen grösseren Veröffentlichungen sind hervorzuheben: eine umfangreiche Dissertation aus dem Gebiete der Physiologie des Blutkreislaufs, eine Serie von klinischen Vorlesungen über Diagnostik der Erkrankungen des Herzens und der Gefässe und eine nach dem Tode Prof. Eichwald's herausgegebene Neubearbeitung und Ergänzung der «Allgemeinen Therapie» dieses hervorragenden Gelehrten. Die kleineren in russischen und deutschen Zeitschriften erschienenen klinischen Beiträge beziehen sich auf verschiedenartige Gebiete der internen Medicin: Pulsus paradoxus, Methodik der Percussion des Herzens, operative Behandlung der Pleuritis, Therapie der Dysenterie, perniciöse Bandwurm-Anaemie, Lebercirrhose, Eingeweidesarcome u. m. a.; eine Serie von Artikeln aus seiner Feder ist ferner in der russischen Ausgabe der medicinischen Realencyclopädie niedergelegt. Ausserdem hat sich der ungewöhnlich fleissige Arbeiter auch durch die Uebersetzung mehrerer hervorragender Hand- und Lehrbücher deutscher Kliniker (Eichhorst, Klemperer, Pentzoldt) Verdienste um die russischen medicinischen Leserkreise erworben. Sein frühzeitiger Tod wird von seinen klinischen Collegen, wie von seinen Zuhörern, von dem grössern Collegenkreise und von seinen zahlreichen Patienten auf's lebhafteste beklagt.

Wie wir aus zuverlässiger Quelle erfahren, besteht die Absicht am Klinischen Institut zwei Stiftungen auf den Namen H. Schapiro's ins Leben zu rufen.

N.

Vermischtes.

— Vor Kurzem beging der langjährige Leiter der Impfanstalten der Freien Oekonomischen Societät hierselbst, Dr. E. Horn, das 25jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit.

— Dem Präses des medico-philantropischen Comités, wirkl. Staatsrath Dr. A. L. Ebermann, ist der wegen Krankheit bewilligte Urlaub in's Ausland bis zum 10. März 1901 verlängert worden.

— Dr. W. Hubert, der Leiter der Massregeln zum Schutz gegen die Pocken und Vorstand des städtischen Impfinstituts in St. Petersburg, hat, wie die Tagesblätter melden, diese Stellung aufgegeben.

— Zum Chef der 2. Abtheilung der Ober-Militär-Medicinalverwaltung ist der bisherige Tischvorsteher dieser Abtheilung, Staatsrath Dr. Ssawizki, ernannt worden.

— Der neue Chef der Militär-Medicinischen Academie Prof. Tarenezki wurde im Jahre 1844 in Weimar (Sachsen) geboren, woselbst er auch im örtlichen Gymnasium seine Schulbildung erhielt. Seine medicinischen Studien begann er an der Wiener Universität, siedelte aber bald nach St. Petersburg über, um in die Medico-Chirurgische Academie einzutreten, welche er im Jahre 1870 mit dem Arztgrade absolvirte. Nachdem er

sodann viele Jahre als Prosector fungirt und als Privatdocent Vorlesungen über normale Anatomie gehalten, wurde er 1687 zum Nachfolger des nach Wien übersiedelnden Prof. Gruber auf den Lehrstuhl der Anatomie in der Academie gewählt, welche Stellung er bis zu seiner soeben erfolgten Ernennung zum Chef der Academie inne hatte.

— Die Gesellschaft für Heilkunde in Amsterdam hat die goldene Swammerdam-Medaille im Jahre 1900 dem Heidelberger Professor Carl Gegenbauer (Anatom) zuerkannt. Diese im Jahre 1880 gestiftete Medaille, welche alle 10 Jahre für hervorragende Arbeiten auf dem von J. Swammerdam cultivirten Gebiete verliehen wird, wurde 1880 Prof. C. v. Siebold und 1890 Prof. E. Haeckel zuerkannt.

— Ordensverleihungen: Der St. Wladimir-Orden 4. Classe — dem Oberarzt des Wjasmaschen Infanterie-Regiments Dr. Hermann v. Boehlendorff.

— Verstorben: 1) Am 28. Januar in München der weltberühmte und hochverdiente Hygieniker, Prof. emer. Dr. Max v. Pettenkofer, im vor Kurzem vollendeten 82. Lebensjahre. Er hat sich in einem Anfalle von Schwermuth durch einen Revolverschuss das Leben genommen. In den letzten Jahrzehnten wurde der Hingeschiedene schon zwei Mal, aus Anlass seines 70. Geburtstages und seines 50jährigen Doctorjubiläums, so mit Ehren und Auszeichnungen überschüttet, dass es schwer fällt neue hinzuzufügen. Pettenkofer's Studien über die Beziehungen der Seuchenverbreitung zum Grundwasser und zur Bodenluft, mit denen er fast vier Decennien gewaltiges Aufsehen in der ganzen Welt erregte, bildeten die Grundlage zur Assanirung der Städte und zur Besserung der Volksgesundheit. Er wurde damit der Begründer der hygienischen Wissenschaft in Deutschland. Mit den Hilfsmitteln der modernen Naturwissenschaft, Physik, Chemie und Mikroskopie, schuf er die Hygiene und verschaffte ihr eigene Lehrstätten, an denen jetzt fast überall Männer wirken, die direct oder indirect seine Schüler sind. Aus dem 1866 begründeten Pettenkoffer'schen Laboratorium in München ist die Pflanzschule der Hygieniker hervorgegangen, welche ihres Meisters Ideen in alle Welt hinausgetragen und zu Thaten gemacht haben. Auf den Einfluss und die Verdienste Pettenkoffer's brauchen wir hier nicht im Einzelnen einzugehen, da diese wohl jedem Arzt bekannt sind. — 2) Am 21. Januar in Kasan der Senior der dortigen Aerzte und Universitätslehrer, Prof. extraord. Dr. Nikolai Tolmatschew im Alter von 77 Jahren. Nach Absolvirung des Cursus an der Kasanschen Universität fungirte T. viele Jahre als Assistent an der dortigen gynäkologischen Klinik bis er 1875 zum Docenten und 1881 zum ausserordentlichen Professor der Kinderheilkunde ernannt wurde. Der Verstorbene ist auch vielfach literärisch hervorgetreten. — 3) In Petrikau am 23. Januar der dortige Arzt Dr. Theophil Rondthaler im 61. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Warschau und hatte seine medicinische Ausbildung auf der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1857—1862 studirte. Nach Erlangung des Arztgrades liess er sich als Arzt in Petrikau nieder, wo er viele Jahre hindurch auch Gehilfe des Gouvernements-Medicinalinspectors war. — 4) In Karlsbad der Nestor der dortigen Badeärzte, Dr. Ritter v. Hochberger, im Alter von 92 Jahren. Der Verstorbene hat nahezu 70 Jahre in Karlsbad die Praxis ausgeübt.

— Von der 30 Millionen-Anleihe, welche die Stadt St. Petersburg in nächster Zeit abschliessen will, sind 2,500,000 Rbl. zur Erweiterung der städtischen Hospitäler bestimmt.

— Zum Bau eines neuen Gebäudes für die Lehrstühle der Physiologie, Pathologie, Histologie und Pharmakologie an der Militär-Medicinischen Academie sind seitens des Kriegsministeriums 200,000 Rbl. angewiesen worden.

— Der diesjährige Congress der Deutschen Balneologischen Gesellschaft findet vom 7.—12. März n. St. unter dem Vorsitz von Prof. Liebreich in Berlin statt. Auskünfte ertheilt der Schriftführer Dr. Brock, Berlin, Melchiorstrasse 18.

— Seitens des Russischen Rothen Kreuzes sind im vorigen Jahre, wie aus dem Jahresbericht hervorgeht, nicht weniger als 400 Aerzte, Feldscher und barmherzige Schwestern auf den chinesischen Kriegsschauplatz entsandt worden.

— Die Moskauer Augenheilanstalt (an der Twerskaja) beging am 26. Januar ihr 75jähriges Jubiläum. Im Laufe dieser 75 Jahre sind in der Heilanstalt 47,080 Personen (davon 23,954 unentgeltlich) stationär und 609,592 Personen ambulatorisch behandelt worden. Im Ganzen sind 85,131 Operationen ausgeführt worden. Die Gesammtausgaben für die Errichtung und den Unterhalt der Aerzte betrugen 1,744,396 Rbl. Die Capitalien der Anstalt, welche über 103 Betten verfügt, belaufen sich auf 193,370 Rbl.; dazu kommen noch 51,650 Rbl., welche dem beim Hospital errichteten Blindenasyl gehören. Als erster Director und Oberarzt fungirte Prof. Peter Brosse, welcher diese Stellungen 31 Jahre ohne Remuneration bekleidete. Seine Nachfolger waren kurze Zeit Dr. Wilhelm Brosse, dann viele Jahre Prof. Gustav Braun und seit circa 2 Jahren hat Dr. S. Loshetschnikow diese Stellungen inne. Beide Brosse's waren ehemalige Jünger der Dorpater Universität.

— Eine Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose in den Ostseeprovinzen. Im Anschluss an einen im Jurjewer (Dorpater) Handwerkerverein von Dr. Armin Treu (der bekanntlich eine Lungenheilanstalt in Lindheim bei Walk ins Leben gerufen hat) gehaltenen Vortrag über Behandlung der Tuberkulose und das Heilstättenwesen, hat sich dort unter dem Vorsitz des Professor C. Dehio eine Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose in den Ostseeprovinzen gebildet. Als Stifter derselben fungiren, wie wir der «Nordlivl. Ztg.» entnehmen, die Herren: Prof. Dehio, Aeltermann Freymuth, Dr. E. Graubner, Redacteur Hasselblatt, Dr. J. Meyer, Oberpastor Oehrn, Dr. Baron Ungern-Sternberg und Rechtsanwalt A. Volk aus Jurjew (Dorpat), sowie von auswärts die Herren: Kreisdeputirter Baron A. v. Delwig, Dr. Bosse (Riga), Dr. Kusik (Reval) und Dr. Treu (Lindheim). Die Herren Prof. Dehio, Dr. J. Meyer und Rechtsanwalt Volk wurden damit betraut, die Statuten der Gesellschaft in Anlehnung an den von Dr. Baron Ungern-Sternberg und Rechtsanwalt Volck vorgelegten Entwurf auszuarbeiten und deren obrigkeitliche Bestätigung zu erwirken.

— Pestnachrichten. In Capstadt (Südafrika) sind bereits 13 pestverdächtige Fälle, jedoch fast ausschliesslich unter Eingeborenen, beobachtet worden.

— Die Epidemie im Gouvernement Astrachan. Wie die Allerhöchst eingesetzte Commission zur Verhütung der Pest bekannt macht, sind in den Ansiedelungen Tekebai-Tubek und Mereke beim Dorfe Talowka in der Kirgisensteppe seit dem Beginn der Epidemie bis zum 11. Januar d. J. 136 Erkrankungen vorgekommen, von denen 134 letal verliefen und nur 2 mit Genesung endeten. Da im ersteren Ort seit dem 9. Januar und in Mereke seit dem 12. Januar keine Neuerkrankungen beobachtet wurden und am 12. Januar eine am 8. Januar erkrankte Person genesen ist, so wurde am 26. Januar nach erfolgter Desinfection der inficirten Erdhütten die militärische Absperrung aufgehoben.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 20. Jan. d. J. 8755 (129 mehr als in d. Vorw.), darunter 447 Typhus — (17 wen.), 974 Syphilis — (47 mehr), 378 Scharlach — (39 mehr), 135 Diphtherie — (23 men.), 56 Masern — (16 mehr) und 14 Pockenkranke — (6 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 14. bis zum 20. Januar 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
315	258	573	144	68	108	25	12	25	50	58	60	50	47	26	11	0

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 2, Typh. abd. 17, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 3, Scharlach 16, Diphtherie 22, Croup 1, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 29, Erysipelas 3, Grippe 8, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 90, Tuberculose anderer Organe 13, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 32, Marasmus senilis 21, Krankheiten der Verdauungsorgane 54, Todtgeborene 42.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 6. Febr. 1901.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 12. Februar 1901.

Ausnahmen waren alle Patienten des Verf. entweder erblich belastet (Eltern nervenkrank) oder selber nervenkrank gewesen (Hysterie, Eklampsie, Laryngospasmen) und ihr Gehirn wohl als Locus minoris resistentiae anzusehen.

Die beiden obenerwähnten Umstände, welche die Encephalopathie begleiten, die Einkerbung der Temperaturcurve, der Stillstand in der Abnahme des Körpergewichtes, sowie als dritter Factor das Schlimmerwerden der Gehirnsymptome in der Nacht, sprechen indirect ebenfalls für eine Ansammlung von Giftstoffen im Körper, welche die reactiven Fähigkeiten desselben herabsetzen, unter anderem auch das Temperaturcentrum lähmen. Gelingt es diese Thätigkeit der Zellen wieder anzuregen und eine verstärkte Ausscheidung der retenirten Abfälle des Stickstoffumsatzes zu Stande zu bringen, so vergeht die Encephalopathie bisweilen mit Wiederansteigen des Fiebers.

Die hieraus resultirenden therapeutischen Indicationen sollen an anderer Stelle auseinandergesetzt werden.

(Autoreferat).

Discussion:

Moritz hält es nicht für erwiesen, dass die mitgetheilten Fälle eine einheitliche Gruppe bilden und eine Krankheit sui generis darstellen. Ferner bemerkt M., die Thatsache der Genesung spreche noch nicht unbedingt gegen den tuberculösen Character einer Meningitis; er führt folgende 2 Fälle aus dem Alexander-Hospital zur Stütze des letzteren Satzes an:

Fall I: Ein junger Mann wurde (1885) wegen Caries der Wirbelsäule operirt; Auskratzung zweier Wirbel (Dr. Vogel); gute Heilung, Patient konnte gehen und wurde auch wegen des günstigen Effectes der Operation auf dem Congress russischer Aerzte demonstrirt. Nach einigen Wochen Erscheinungen von tuberculöser Meningitis (Fieber, Kopfschmerz etc.). Pat. genas diesmal und wurde als geheilt aus dem Hospital entlassen. Nach Monaten entwickelte sich eine Psychose; Pat. wurde in die Anstalt des Dr. Nishegorodzew aufgenommen, wo er denn unter erneuten Erscheinungen einer tuberculösen Meningitis starb. Die Section ergab, neben frischer Meningitis der Convexität, Residuen einer solchen an der Basis (knotenförmige Verdickungen). Wenn nun Pat. das erste Mal auch nicht definitiv von der Meningitis genesen war, so hatte er doch unzweifelhaft einen acuten Schub derselben überstanden.

Fall II: Junger Mann, erblich tuberculös belastet, mit Affection der rechten Lungenspitze, wurde kürzlich unter den Erscheinungen einer Meningitis (Fieber, Kopfschmerz, psychische Alteration, Kernigs Symptom etc.) aufgenommen. Diagnose: Meningitis tuberculosa. Allmählich sind nun alle meningitischen Symptome geschwunden, während der Process in der Lunge weitere Fortschritte macht.

Kernig: In der Literatur sind sogar einige Fälle bekannt mit Nachweis von Tuberkelbacillen im Liquor cerebrospinalis und dennoch nachfolgender Heilung! Dass eine sicher tuberculöse Meningitis heilt, ist gewiss eine grosse Seltenheit, kommt aber unzweifelhaft vor.

Lunin hat ein ähnliches Bild, wie das vom Vortragenden beschriebene, öfters bei Kindern nach verschiedenen acuten Infectionskrankheiten gesehen (so nach Typhus, Pneumonie, Scharlach etc.). Es ist fraglich, ob solche Fälle alle in gleicher Weise zu deuten sind. Von allen Symptomen der Meningitis hält L. die Alteration des Pulses und zwar nicht so sehr seine Verlangsamung, als vielmehr die Unregelmässigkeit, für das constante und wichtigste; auch das Kernigsche Symptom hat L. bei Meningitis tuberculosa nie vermisst. Der negative ophthalmoscop. Befund beweist nichts gegen tubercul. Meningitis, da die Miliartuberkel der Chorioidea ein sehr seltener Befund sind. In den hier besprochenen Fällen, die nur ein der Meningitis ähnliches Bild geben, muss die Therapie eine andere sein als bei dieser; warme Bäder, Excitantien und gute Ernährung sind hier am Platz.

Hoerschelmann: Im Verlaufe des Typhus sieht man bei Kindern manchmal sehr schwere Gehirnstörungen, Sopor, Unruhe etc.

Kernig fragt, ob die in den vorgelegten Präparaten sichtbaren Veränderungen nicht als entzündliche aufzufassen seien? Autointoxication könnte schliesslich doch auch zu anatomischen Veränderungen führen. K. verweist dabei auf die von Jagodinski bei der Eklampsie, also einer typischen Autointoxication, im Gehirn nachgewiesenen pathologisch-anatomischen Veränderungen.

Peters hat nicht behaupten wollen, dass die tuberculöse Meningitis niemals zur Heilung käme. Die seltenen Ausnahmefälle sind ihm bekannt. In den hier geschilderten Krankheitsfällen, ausser dem einen letal verlaufenen, glaubt P. anatomische Veränderungen im Gehirn ausschliessen zu können; die schweren cerebralen und psychischen Symptome sind am wahrscheinlichsten durch Autointoxication allein zu erklären; zu entzündlichen Veränderungen braucht es dabei nicht zu kommen. Es handelt sich in P.'s Fällen nur um das acute Stadium der Erkrankung; die Psychosen etc. im Nachstadium des Typhus und anderer Infectionskrankheiten sind anders zu beurtheilen, auf Hirnanaemie und andere Ursachen zu beziehen. In der Hälfte der Fälle von Typhus kommen beim Fallen der Temperatur leichtere nervöse Störungen vor.

(Die Fortsetzung der Discussion über den Vortrag Serck's (cf. Protokoll der Sitzung vom 8. Mai) wird auf die nächste (October-) Sitzung vertagt).

Director: W. Kernig.
Secretär: E. Blessig.

Professor Dr. Heinrich Schapiro †.

Am 22. Januar verstarb hier Dr. Heinrich Schapiro, Professor am K. Klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna, im Alter von 48 Jahren. Nach Absolvirung des Gymnasiums in seiner Vaterstadt Grodno (1871) studirte er in St. Petersburg (bis 1876). Als junger Militärarzt aus dem russisch-türkischen Feldzug zurückgekehrt, wurde er zum klinischen Militärhospital zucommandirt, wo er unter der Leitung des Prof. E. Eichwald eine gediegene klinisch-wissenschaftliche Ausbildung erhielt. Nach mehrjährigem Militärdienst in St. Petersburg und Odessa wurde er (1885) zum Privatdocenten der medicinischen Akademie ernannt und trat zugleich in das neubegründete klinische Institut für Aerzte ein, wo er abermals als Prof. Eichwald's Assistent fungirte und mit Vorlesungen über physikalische Diagnostik betraut wurde. 1896 zum älteren Assistenten des Instituts avancirt, wurde er bereits im darauffolgenden Jahre zum Professor ernannt.

Aus seinen grösseren Veröffentlichungen sind hervorzuheben: eine umfangreiche Dissertation aus dem Gebiete der Physiologie des Blutkreislaufs, eine Serie von klinischen Vorlesungen über Diagnostik der Erkrankungen des Herzens und der Gefässe und eine nach dem Tode Prof. Eichwald's herausgegebene Neubearbeitung und Ergänzung der «Allgemeinen Therapie» dieses hervorragenden Gelehrten. Die kleineren in russischen und deutschen Zeitschriften erschienenen klinischen Beiträge beziehen sich auf verschiedenartige Gebiete der internen Medicin: Pulsus paradoxus, Methodik der Percussion des Herzens, operative Behandlung der Pleuritis, Therapie der Dysenterie, perniciöse Bandwurm-Anaemie, Leberzirrhose, Eingeweidesarcome u. m. a.; eine Serie von Artikeln aus seiner Feder ist ferner in der russischen Ausgabe der medicinischen Realencyclopädie niedergelegt. Ausserdem hat sich der ungewöhnlich fleissige Arbeiter auch durch die Uebersetzung mehrerer hervorragender Hand- und Lehrbücher deutscher Kliniker (Eichhorst, Klemperer, Pentzoldt) Verdienste um die russischen medicinischen Leserkreise erworben. Sein frühzeitiger Tod wird von seinen klinischen Collegen, wie von seinen Zuhörern, von dem grössern Collegenkreise und von seinen zahlreichen Patienten auf's lebhafteste beklagt.

Wie wir aus zuverlässiger Quelle erfahren, besteht die Absicht am Klinischen Institut zwei Stiftungen auf den Namen H. Schapiro's ins Leben zu rufen.

N.

Vermischtes.

— Vor Kurzem beging der langjährige Leiter der Impfanstalten der Freien Oekonomischen Societät hierselbst, Dr. E. Horn, das 25jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit.

— Dem Präses des medico-philantropischen Comités, wirkl. Staatsrath Dr. A. L. Ebermann, ist der wegen Krankheit bewilligte Urlaub in's Ausland bis zum 10. März 1901 verlängert worden.

— Dr. W. Hubert, der Leiter der Massregeln zum Schutz gegen die Pocken und Vorstand des städtischen Impfinstituts in St. Petersburg, hat, wie die Tagesblätter melden, diese Stellung aufgegeben.

— Zum Chef der 2. Abtheilung der Ober-Militär-Medicinalverwaltung ist der bisherige Tischvorsteher dieser Abtheilung, Staatsrath Dr. Ssawizki, ernannt worden.

— Der neue Chef der Militär-Medicinischen Academie Prof. Tarenezki wurde im Jahre 1844 in Weimar (Sachsen) geboren, woselbst er auch im örtlichen Gymnasium seine Schulbildung erhielt. Seine medicinischen Studien begann er an der Wiener Universität, siedelte aber bald nach St. Petersburg über, um in die Medico-Chirurgische Academie einzutreten, welche er im Jahre 1870 mit dem Arztgrade absolvirte. Nachdem er

sodann viele Jahre, als Prosector fungirt und als Privatdocent Vorlesungen über normale Anatomie gehalten, wurde er 1687 zum Nachfolger des nach Wien übersiedelnden Prof. Gruber auf den Lehrstuhl der Anatomie in der Academie gewählt, welche Stellung er bis zu seiner soeben erfolgten Ernennung zum Chef der Academie inne hatte.

— Die Gesellschaft für Heilkunde in Amsterdam hat die goldene Swammerdam-Medaille im Jahre 1900 dem Heidelberger Professor Carl Gegenbauer (Anatom) zuerkannt. Diese im Jahre 1880 gestiftete Medaille, welche alle 10 Jahre für hervorragende Arbeiten auf dem von J. Swammerdam cultivirten Gebiete verliehen wird, wurde 1880 Prof. C. v. Siebold und 1890 Prof. E. Haeckel zuerkannt.

— Ordensverleihungen: Der St. Wladimir-Orden 4. Classe — dem Oberarzt des Wjasmaschen Infanterie-Regiments Dr. Hermann v. Boehlendorff.

— Verstorben: 1) Am 28. Januar in München der weltberühmte und hochverdiente Hygieniker, Prof. emer. Dr. Max v. Pettenkofer, im vor Kurzem vollendeten 82. Lebensjahre. Er hat sich in einem Anfalle von Schwermuth durch einen Revolverschuss das Leben genommen. In den letzten Jahrzehnten wurde der Hingeschiedene schon zwei Mal, aus Anlass seines 70. Geburtstages und seines 50jährigen Doctorjubiläums, so mit Ehren und Auszeichnungen überschüttet, dass es schwer fällt neue hinzuzufügen. Pettenkofer's Studien über die Beziehungen der Seuchenverbreitung zum Grundwasser und zur Bodenluft, mit denen er fast vier Decennien gewaltiges Aufsehen in der ganzen Welt erregte, bildeten die Grundlage zur Assanirung der Städte und zur Besserung der Volksgesundheit. Er wurde damit der Begründer der hygienischen Wissenschaft in Deutschland. Mit den Hilfsmitteln der modernen Naturwissenschaft, Physik, Chemie und Mikroskopie, schuf er die Hygiene und verschaffte ihr eigene Lehrstätten, an denen jetzt fast überall Männer wirken, die direct oder indirect seine Schüler sind. Aus dem 1866 begründeten Pettenkoffer'schen Laboratorium in München ist die Pflanzschule der Hygieniker hervorgegangen, welche ihres Meisters Ideen in alle Welt hinausgetragen und zu Thaten gemacht haben. Auf den Einfluss und die Verdienste Pettenkoffer's brauchen wir hier nicht im Einzelnen einzugehen, da diese wohl jedem Arzt bekannt sind. — 2) Am 21. Januar in Kasan der Senior der dortigen Aerzte und Universitätslehrer, Prof. extraord. Dr. Nikolai Tolmatschew im Alter von 77 Jahren. Nach Absolvirung des Cursus an der Kasanschen Universität fungirte T. viele Jahre als Assistent an der dortigen gynäkologischen Klinik bis er 1875 zum Docenten und 1881 zum ausserordentlichen Professor der Kinderheilkunde ernannt wurde. Der Verstorbene ist auch vielfach literärisch hervorgetreten. — 3) In Petrikau am 23. Januar der dortige Arzt Dr. Theophil Rondthaler im 61. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Warschau und hatte seine medicinische Ausbildung auf der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1857—1862 studirte. Nach Erlangung des Arztgrades liess er sich als Arzt in Petrikau nieder, wo er viele Jahre hindurch auch Gehilfe des Gouvernements-Medicinalinspectors war. — 4) In Karlsbad der Nestor der dortigen Badeärzte, Dr. Ritter v. Hochberger, im Alter von 92 Jahren. Der Verstorbene hat nahezu 70 Jahre in Karlsbad die Praxis ausgeübt.

— Von der 30 Millionen-Anleihe, welche die Stadt St. Petersburg in nächster Zeit abschliessen will, sind 2,500,000 Rbl. zur Erweiterung der städtischen Hospitäler bestimmt.

— Zum Bau eines neuen Gebäudes für die Lehrstühle der Physiologie, Pathologie, Histologie und Pharmakologie an der Militär-Medicinischen Academie sind seitens des Kriegsministeriums 200,000 Rbl. angewiesen worden.

— Der diesjährige Congress der Deutschen Balneologischen Gesellschaft findet vom 7.—12. März n. St. unter dem Vorsitz von Prof. Liebreich in Berlin statt. Auskünfte ertheilt der Schriftführer Dr. Brock, Berlin, Melchiorstrasse 18.

— Seitens des Russischen Rothen Kreuzes sind im vorigen Jahre, wie aus dem Jahresbericht hervorgeht, nicht weniger als 400 Aerzte, Feldscher und barmherzige Schwestern auf den chinesischen Kriegsschauplatz entsandt worden.

— Die Moskauer Augenheilanstalt (an der Twerskaja) beging am 26. Januar ihr 75jähriges Jubiläum. Im Laufe dieser 75 Jahre sind in der Heilanstalt 47,080 Personen (davon 23,954 unentgeltlich) stationär und 609,592 Personen ambulatorisch behandelt w[illegible] Im Ganzen sind 85,131 Operationen ausgeführt [illegible] Die Gesammtausgaben für die Erricht[illegible] und [illegible]alt der Aerzte betrugen 1,744,396 Rbl[illegible] Capita[illegible]nstalt, welche über 103 Betten verfü[illegible]fen sic[illegible]0 Rbl.; dazu kommen noch 51,650 [illegible]he d[illegible]ospital

errichteten Blindenasyl gehören. Als erster Director und Oberarzt fungirte Prof. Peter Brosse, welcher diese Stellungen 31 Jahre ohne Remuneration bekleidete. Seine Nachfolger waren kurze Zeit Dr. Wilhelm Brosse, dann viele Jahre Prof. Gustav Braun und seit circa 2 Jahren hat Dr. S. Loshetschnikow diese Stellungen inne. Beide Brosse's waren ehemalige Jünger der Dorpater Universität.

— Eine Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose in den Ostseeprovinzen. Im Anschluss an einen im Jurjewer (Dorpater) Handwerkerverein von Dr. Armin Treu (der bekanntlich eine Lungenheilanstalt in Lindheim bei Walk ins Leben gerufen hat) gehaltenen Vortrag über Behandlung der Tuberkulose und das Heilstättenwesen, hat sich dort unter dem Vorsitz des Professor C. Dehio eine Gesellschaft zur Bekämpfung der Tuberkulose in den Ostseeprovinzen gebildet. Als Stifter derselben fungiren, wie wir der «Nordlivl. Ztg.» entnehmen, die Herren: Prof. Dehio, Aeltermann Freymuth, Dr. E. Graubner, Redacteur Hasselblatt, Dr. J. Meyer, Oberpastor Oehrn, Dr. Baron Ungern-Sternberg und Rechtsanwalt A. Volk aus Jurjew (Dorpat), sowie von auswärts die Herren: Kreisdeputirter Baron A. v. Delwig, Dr. Bosse (Riga), Dr. Klusik (Reval) und Dr. Treu (Lindheim). Die Herren Prof. Dehio, Dr. J. Meyer und Rechtsanwalt Volk wurden damit betraut, die Statuten der Gesellschaft in Anlehnung an den von Dr. Baron Ungern-Sternberg und Rechtsanwalt Volck vorgelegten Entwurf auszuarbeiten und deren obrigkeitliche Bestätigung zu erwirken.

— Pestnachrichten. In Capstadt (Südafrika) sind bereits 13 pestverdächtige Fälle, jedoch fast ausschliesslich unter Eingeborenen, beobachtet worden.

— Die Epidemie im Gouvernement Astrachan. Wie die Allerhöchst eingesetzte Commission zur Verhütung der Pest bekannt macht, sind in den Ansiedelungen Tekebai-Tubek und Mereke beim Dorfe Talowka in der Kirgisensteppe seit dem Beginn der Epidemie bis zum 11. Januar d. J. 136 Erkrankungen vorgekommen, von denen 134 letal verliefen und nur 2 mit Genesung endeten. Da im ersteren Ort seit dem 9. Januar und in Mereke seit dem 12. Januar keine Neuerkrankungen beobachtet wurden und am 12. Januar eine am 8. Januar erkrankte Person genesen ist, so wurde am 26. Januar nach erfolgter Desinfection der inficirten Erdhütten die militärische Absperrung aufgehoben.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 20. Jan. d. J. 8755 (129 mehr als in d. Vorw.), darunter 447 Typhus — (17 wen.), 974 Syphilis — (47 mehr), 378 Scharlach — (39 mehr), 135 Diphtherie — (23 wen.), 56 Masern — (16 mehr) und 14 Pockenkranke — (6 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 14. bis zum 20. Januar 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
315	258	573	144	68	108	25	12	25	50	58	60	50	47	26	11	0

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 2, Typh. abd. 17, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 3, Scharlach 16, Diphtherie 22, Croup 1, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 29, Erysipelas 3, Grippe 8, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 90, Tuberculose anderer Organe 13, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 32, Marasmus senilis 21, Krankheiten der [illegible]ngsorgane 54, Todtgeborene 42.

---

ch[illegible] des Vereins St. Peters-
[illegible]er[illegible]ag den 6. Febr. 1901.

ch[illegible]es Deutschen ärztlichen
[illegible]2. Februar 1901.



Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
Берта Федоровна Панова, Спасская ул. д. 24, кв. 7.
Frau Hasenfuss, Мал. Подьяческ. д. 14, кв. 15.
Ольга Свѣтлова, Сергіевск., д. 17, кв. 19.
Frau Gülzen, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 10.
Frau **Catharine Michelson**, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Olga Bode, Вас. остр., 14 лин., д. 33 кв. 2.
Marie Mohl В. О. 1. л. 44, кв. 3.
Frau **Amalie Schulz**, фонтанка № 137 кв. 119.





Довв. ценз. Спб., 3 Февраля 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 6 St. Petersburg, 10. (23.) Februar **1901**

Dreizehnter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte

Der **XIII. Aerztetag der Gesellschaft Livl. Aerzte** wird in **Riga am 19., 20. und 21. Juni** a. c. stattfinden.

Diejenigen Collegen, welche Vorträge zu halten wünschen, werden gebeten, die Themata mit kurzer Inhaltsangabe an mich gelangen zu lassen.

d. Z. Präses der Gesellschaft Livländ. Aerzte.
Dr. M. Treymann
(Riga, gr. Königsstrasse Nr. 11, I).

Ueber die therapeutische Wirksamkeit des Digitoxins und des Digitalisdialysates.

Von

Heinrich Bosse,
Riga.

(Vortrag, gehalten auf dem XII. Livländischen Aerztetage zu Wenden.)

Meine Herren!

Jahr für Jahr lesen wir in unseren medicinischen Zeitschriften spaltenlange Berichte über die Wunderwirkung dieses oder jenes neuen Mittels — jede Wochennummer bringt ein neues Specificum gegen alles Mögliche, und freundlich nimmt die Reclame sich der Neulinge mit den sonderbaren Namen an und thut ihr Theil, um sie einzuführen, erfreulicher Weise allerdings zu Nutz und Frommen unserer Kranken oft genug vergebens. Leider aber passirt es uns bei dem berechtigten Misstrauen gegenüber dieser Unzahl neuer und neuester Mittel, dass ab und zu etwas wirklich brauchbares übersehen wird, obwohl es dies Schicksal nicht verdient hat, bis vielleicht nach Jahren unser Interesse wieder durch eine diesbezügliche Veröffentlichung wachgerufen wird.

Wollen Sie mir gestatten, m. H., Ihnen heute über zwei Digitalispräparate zu berichten; das eine derselben, das Digitoxin, kämpft seit Jahren um seinen wohlverdienten Platz in der Reihe unserer besten Mittel, wie Sie gleich sehen werden mit wechselndem Erfolg, während das andere, das Digitalisdialysat, trotz seiner hervorragenden Eigenschaften bisher recht unbekannt geblieben ist, obwohl es allen Anspruch darauf hat unter den Herzmitteln gleich dem Digitoxin als eines der besten genannt zu werden.

In seinen «Nebenwirkungen der Arzneimittel» sagt Lewin: «der Gebrauch der reinen Bestandtheile der Digitalis hat sich bisher in Deutschland nicht einzubürgern vermocht»; — wir können wohl hinzufügen: «auch bei uns zu Lande nicht!» Es findet das wohl darin seine Erklärung, dass einmal die Berichte über die mit Digitoxin erzielten therapeutischen Erfolge anfangs wenig ermuthigend klangen, namentlich weil beim innerlichen Gebrauch des Mittels sehr bald Belästigungen von Seiten des Magens auftreten, und der Erfolg der Darreichung, soweit dieselbe auf die Circulationsstörungen Erfolg hatte oder haben sollte, durch lästige Begleitsymptome sehr in Frage gestellt wurde. Wovon diese Erscheinungen abhängig waren, werden wir gleich sehen.

Nach den ersten Berichten über das Digitoxin war das Präparat längere Zeit in Vergessenheit gerathen, bis 1893 Masius in Brüssel mit einem kurzen Schriftchen und 1894 mit einer etwas längeren Brochüre: «Des effets therapeutiques de la Digitoxine» eine Reihe von Krankengeschichten der von ihm mit Digitoxin behandelten Fälle veröffentlichte, aus denen hervorgeht, dass das Digitoxin sicher, schnell und energisch die Digitaliswirkung entfaltet und zwar ohne erhebliche Störungen von Seiten des Magens. Namentlich aber konnte Masius beweisen, was schon Schmiedeberg vor mehr als 20 Jahren behauptete, dass nämlich das Digitoxin den beiden anderen in der Mutterpflanze enthaltenen Glykosiden in der therapeutischen Wirkung gewaltig überlegen sei.

1895 wurden die Masius'schen Versuche von Unverricht und seinem Assistenten Wenzel fortgesetzt. Geleitet von der Erwägung, dass nach den An-

gaben von Masius eine Einwirkung auf den Magen nicht auszuschliessen sei, weil in 25 pCt. seiner Fälle Erbrechen auftrat, und weil ferner bei den in Frage kommenden Patienten doch schon mehr oder weniger gastrische Störungen vorhanden sind, wurde zunächst von der Darreichung per os Abstand genommen und die Anwendung per Clysma ins Auge gefasst. Ich möchte hier die von Unverricht gewählte Receptformel, obwohl dieselbe in den neueren Lehrbüchern schon verzeichnet steht, nochmals erwähnen. Sie lautet:

Rp. Digitoxin (Merck) 0,01
Alkohol 10,0
Aqu. destillata ad 200,0
M. D. S.

(Die geringe Menge von Alkohol wird hinzugefügt, weil das Digitoxin sich nur in alkoholhaltigem Wasser vollständig löst). — Von dieser Mixtur wird ein Kinderlöffel bis ein Esslöffel, also 10—15 Cbctm. auf 100 Gr. lauwarmes Wasser genommen und letztere Mischung in das vorher gereinigte Rectum eingespritzt. 100 Grm. Flüssigkeit enthalten in der Form als Klystier somit ½—¾ Mgrm. Digitoxin. Anfangs wurden die Klystiere 3 Mal täglich verabreicht und somit eine Tagesdosis von 2¼ Mgrm. Digitoxin applicirt, welche die von Schmiedeberg, Binz und Lewin festgestellte Maximaldosis noch überschritt. Unverricht räth, die Dosis von 15 Gr. nur in den Fällen anzuwenden, in denen eine schnelle und energische Wirkung gewünscht wird, in andern sich aber mit 10 Cbctm. = ½ Mgrm. zu begnügen.

Mit diesen Digitoxin-Klystieren hat nun Wenzel auf der inneren Abtheilung der Krankenanstalt Magdeburg-Sudenburg eine Reihe von Patienten behandelt. Es waren zumeist Fälle von reinen Klappenfehlern, Myocarditis und Nephritis im Stadium der Incompensation der Herzthätigkeit, mit den Anzeichen der Stauung im grossen und kleinen Kreislauf. Die Wirkung der Klystiere fiel sehr günstig aus: In den allermeisten Fällen wurde auf das Digotoxin prompt und tadellos reagirt und was namentlich interessirt — wie Wenzel das sicher feststellen konnte — noch in den Fällen, wo der Gebrauch des Digitalisinfuses sich wirkungslos zeigte. — Es verdient dieses letztere insofern Beachtung, als damit der Beweis erbracht zu sein scheint, dass wir im Digotoxin ein ultimum refugium besitzen, das noch dort wirkt, wo alle anderen diuretischen und Herzmittel versagen.

Was das von Masius angeführte Erbrechen betrifft, so lässt sich das auch bei der Anwendung der Klysmata nicht ganz vermeiden. Unverricht ist der Meinung, dass es also nicht durch directe Wirkung auf die Magenschleimhaut erzeugt, sondern wahrscheinlich central ausgelöst wird. Es tritt umso leichter auf, je grösser die Dosis ist; wenn man aber an dem ziemlich feststehenden Verhältniss von 1:1000 zwischen Digitoxin und fol. Digitalis festhält, so reizt das Digitoxin in keiner Weise leichter zum Brechen als die entsprechende Dosis der Blätter, d. h. ½ Mgr. Digitoxin kann mindestens ebenso lange fortgegeben werden, wie ½ Gr. der Fol. Digitalis, ehe Erbrechen eintritt.

Die Wirkung des Digitoxins setzt prompt nach 12 bis 24 Stunden ein, Puls und Athemzahl fallen rapid, die Pulswelle nimmt zu, Cyanose und Athemnoth schwinden und die Diurese wird so enorm gesteigert, dass Mengen von 4000 und mehr Cbctm. in 24 Stunden nichts seltenes sind.

Soviel über die Darreichung des Mittels per Klysma. Neben einer gewissen Unbequemlichkeit der Application, hat sie den unbestreitbaren grossen Vortheil, dass in den Fällen, in denen eine Darreichung per os nicht angängig ist, noch schnell Hilfe gebracht werden kann.

Aber auch per os lässt sich das Digitoxin gut reichen, namentlich in der Form der von der Firma Merck in den Handel gebrachten comprimirten Pastillen à ¼ Mgr. Dabei ist zu bemerken, dass man dieselben einmal immer nach dem Essen giebt, weil dadurch die Uebelkeit erregende Wirkung am besten vermieden wird, und ferner aus dem eben angedeuteten Grunde in alkoholhaltigem Wasser gelöst. Schon Unverricht hatte mit der Darreichung per os sehr befriedigende Resultate erreicht; neben ihm kann Zeltner wohl als derjenige genannt werden, der sich in jüngster Zeit am meisten mit der Digitoxin-Therapie beschäftigt hat. Wir ersehen aus seinem Bericht in der Nr. 26 der «Münchener Medicinischen Wochenschrift» 1900, dass die Erfolge seiner Behandlung im Ganzen als sehr gute bezeichnet werden können. In seinen angeführten 41 Fällen von Emphysem, Klappenfehlern und Nephritis blieb der Erfolg bei Dreien aus, jedoch sehen wir, dass in einem Falle einer parenchymatösen Nephritis auch alle anderen angewandten Mittel versagten, während in den beiden anderen Fällen hohes Fieber bestand, ein Umstand, der ähnlich wie bei der Digitalis die Wirkung zu beeinträchtigen scheint. In 4 Fällen war die Wirkung nicht ausgeprägt deutlich, in allen anderen 34 Fällen aber kam es zur vollen Digitaliswirkung.

Nebenerscheinungen, namentlich solche von Seiten des Magens, hat Verfasser bei einer Dosis von 3 Mal ¼ Mgr. nicht oder nur vorübergehend beobachten können.

Auch Zeltner hat übrigens den Beweis erbracht, dass es Fälle giebt, in denen das Digitoxin den Blättern der Mutterpflanze weit überlegen und einzig und allein im Stande ist, die gesunkene Herzkraft wieder zu heben.

Was nun zum Schluss die subcutane Darreichung anbetrifft, so hat Unverricht des öfteren Gelegenheit gehabt, das Digitoxin in verzweifelten Fällen in der Form zu appliciren. Er giebt zu, dass manchmal an der Injectionsstelle eine Reizung des subcutanen Bindegewebes eintritt, eine Entzündung bzw. Abscedirung hat er jedoch nicht beobachtet und nimmt die geringfügige locale Reaction gern in den Kauf neben der eklatanten Wirkung, die das Digitoxin subcutan injicirt in bedrohlichen Fällen hervorbringt.

Die Formel ist folgende:

Rp. Digitoxin (Merck) 0,005—0,01
Aq. destill. 17,5
Alkohol 2.5
MDS. 2—3 mal eine Spritze.

Interessant ist es, dass wie vor 5 Jahren Unverricht und Wenzel so neuerdings auch Zeltner über die Wirkung des Digitoxins fast gleicher Meinung sind. Alle 3 Autoren sind zum Schluss gelangt, dass sowohl hinsichtlich der Raschheit wie der Energie der Wirkung das Digitoxin den Digitalisblättern in keiner Weise nachsteht, vor ihnen aber den Vortheil der exakteren Dosirung voraus hat und ihnen im Verhältniss von 1:1000 bisweilen überlegen ist.

Soviel über das Digitoxin.

Wollen Sie mir nun gestatten über das Digitalisdialysat und die von mir mit dem Präparat angestellten klinischen Versuche zu referiren.

Die Darstellung des Dialysates geschah auf Grund der Ueberlegung, dass bei der bisher üblichen Gewinnung der Infuse, Tincturen und Extracte aus getrocknetem Pflanzenmaterial der arzneiliche Werth dieses Productes leiden müsse, weil durch den Trocknungsprocess eine Spaltung der in der frischen Droge enthaltenen Molekularcomplexe verursacht wird. Die gebräuchlichen Extractionsformen enthalten daher nach

Kunz-Krause die den betreffenden Drogen eigenthümlichen Molekularcomplexe nicht in der ursprünglichen, den lebenden Pflanzenindividuen eigenthümlichen Zusammenstellung, sondern in Form der durch das Trocknen erzeugten «Molekularkomplex-Trümmer». Für die arzneiliche Wirkung aber dürfte es von Werth sein, nicht diese «Trümmer», sondern die unveränderten Molekularcomplexe selbst dem Organismus zuzuführen und diesem letzteren die weitere Verarbeitung in die erforderlichen oder zusagenden Einzelkomplexe zu überlassen. Die erwähnten Molekularkomplexe nun sollen ihrerseits diffusionsfähig und im Zellsaft gelöst sein, wodurch es ermöglicht wird, dieselben zu isoliren. Die sofort nach dem Einsammeln zerstossenen und durchgeriebenen Pflanzen werden, bevor noch Gährungen und Zersetzungen in ihnen stattgefunden haben, zu dem Zweck mit Wasser und Alkohol in steigender Concentration der Dialyse unterworfen. Im fertigen Dialysat wird sodann durch chemische Analyse der Gehalt an chemisch-wirksamer Substanz festgestellt, sodass die Menge der in der Maass- oder Gewichts-Einheit der Producte enthaltenen wirksamen Stoffe genau bekannt ist. Als Vortheil des neuen Verfahrens sind somit anzusehen: die Verarbeitung der frisch gepflückten Pflanzen und die genaue Dosirung der die Gesammtwirkung der betreffenden Pflanze bedingenden Bestandtheile. Ich möchte auf diesen Punkt Ihre besondere Aufmerksamkeit lenken und zwar deswegen, weil man bei Anerkennung aller Vorzüge der Digitalis doch in Folge der Ungleichheit der käuflichen Drogen eine genauere Dosirung des Mittels kaum bestimmen kann. Worin diese Ungleichheit im pharmakologischen Sinne für die einzelnen Pflanzen liegt, ist nicht so leicht zu sagen. Man könnte daran denken, dass ohne die nöthigen Vorsichtsmassregeln beim Trocknen die wirksamen Bestandtheile der Pflanze zerstört werden können, ferner ist die Jahreszeit nicht ohne Einfluss, ebenso die Bodenbeschaffenheit, wie Gerrard das für die Belladonna nachweisen konnte, deren Atropingehalt je nach Standort und Jahreszeit ungemein verschieden ist. Auch die Familie kommt in Betracht, wenigstens wirkt die Digitalis ferruginea qualitativ wie die purpurea, quantitativ aber zehnmal stärker. — Wie dem auch sei, die Praxis lehrt uns wie verschieden die Digitaliswirkung ausfällt, je nachdem das Recept in dieser oder jener Apotheke angefertigt worden war. Es wäre aber falsch den Apotheker deswegen belangen zu wollen, während die Schuld wohl einem der erwähnten Factoren beizumessen ist. So lange die bisher beobachteten Cautelen bei der Fabrikation des Dialysats fortgesetzt werden, ist eine ungleiche Wirkung wohl ausgeschlossen. Die Pflanzen stammen immer aus derselben Gegend (beim Einsammeln werden bestimmte Regeln eingehalten) und sofort frisch verarbeitet; der Glykosidgehalt wird streng controllirt.

Aus Versuchen, die Prof. Jaquet bei Hunden und Kaninchen mit dem Digitalisdialysat angestellt hat, wobei zum Vergleich auch Digitoxin und Digitalin in Anwendung kamen, geht hervor, dass bei gleichem Gehalt an activer Substanz die Wirkung des Dialysates zwischen der einer Digitoxin Lösung und einer Lösung von Digitalin liegt, jedenfalls aber stärker als Digitalin wirkt. Ueber die Maximaldosis des Digitoxins habe ich Ihnen schon referirt; um es nochmals zu wiederholen, beträgt sie nach Corin 3—4 Mgr. pro die, nach Schmiedeberg, Binz, Lewin und Unverricht annähernd 2 Mgr. pro die, doch dürfte auch das noch zu hoch sein. Jaquet hat die Maximaldosis des Dialysates in der Ueberzeugung, dass dasselbe 2—3 Mal schwächer wirkt als Digitoxin auf 20 Tropfen = 1 Mgr. Digitoxin pro dosi und 80—100 Tr. = 4—5 Mgr. pro die festgesetzt während 6—10 Tropfen die gewöhnliche Einzeldosis für Erwachsene sein dürfte. Ob sich diese Annahme bewahrheiten wird, muss die Praxis lehren.

Auf Veranlassung meines derzeitigen Chefs, Prof. Unverricht, habe ich im vorigen Jahre im Magdeburger Krankenhause Sudenburg mit einem Probequantum Digitalisdialysat, Versuche an einer grösseren Reihe von Patienten angestellt. Es waren Fälle von Myocarditis, reinen Klappenfehlern, Emphysem, sowie chronischer parenchymatöser und interstitieller Nephritis. Allen gemeinsam war das Bild der Inkompensation der Herzthätigkeit, damit verbunden waren Störungen im grossen und kleinen Kreislauf und Störungen in der Urinsekretion.

Die Behandlung der Kranken nach ihrer Aufnahme, bestand zunächst in vollkommener Bettruhe um zu sehn, wie weit dieselbe im Stande war die Inkompensation zu beeinflussen. Bei Patienten, die schon Digitalis gebraucht hatten, wurde gewartet, bis angenommen werden durfte, dass die Wirkung verschwunden war. Nun erst wurde das Dialysat zu 20 Tr. 3 Mal täglich gereicht. Vor Beginn der Kur habe ich bei allen Patienten Pulskurven aufgenommen, was ich nach jedes mal 3—4 Tagen wiederholte, die Urinmenge, das spec. Gewicht und bei vorhandenem Albumen letzteres, genau bestimmt, Puls und Athmungszahl gezählt, bei Einzelnen den Leibesumfang gemessen, sowie das Anfangsgewicht festgestellt.

Ich will mir erlauben Ihnen einige der Fälle kurz zu referiren, zunächst einige Fälle von Myocarditis, in denen das Dialysat recht erfreuliche Erfolge zeitigte.

A. G. 83 Jahre. Zunehmende Athembeschwerden, starkes Herzklopfen, Anorexie Angstgefühl, anhaltende Schlaflosigkeit.

Status: Heftigste Dyspnoe bei oberflächlicher und stridoröser Athmung.

Herzgrenzen: R. I Sternaldrittel L. Mamillarlinie, 138 Schläge, Leibesumfang 100 ctm., Gewicht 72,5 Kgr. Urinmenge 200 ccm. in 24 Stunden, Urin trüb, wenig Albumin, reichlich Phosphate.

Schon nach 24 Stunden ein ganz anderes Bild: der Mann hatte gut geschlafen, die Athmung ist viel freier, es stellt sich Appetit ein. Am 3 Tage stieg die Urinmenge auf fast 4000, und betrug am 6 Tage noch gegen 3000 ccm. Athmung und Puls fielen auf 20 und 61, lezterer ist regelmässig. An Leibesumfang hat Pat. 6 ctm., an Gewicht 4 Pf. abgenommen; Er ist aufgestanden, hat vorzüglichen Appetit und wird auf Wunsch entlassen.

Noch auffälliger ist die Wirkung beim nächsten Fall.

Frau E. L. 53 Jahre. Grundbesitzerin. Wachsende Athemnoth, Angstgefühl, vollkommene Anorexie, Druck im Epigastrium und Schlaflosigkeit,

Status: Schwere Dyspnoe, Athemzüge zahlreich (40 in der Minute). Gesicht, Conjunctivae bulbi und Rumpf leicht icterisch. Cyanose. Herzgr. R. Mitte des Sternums. L. Mamillarl. Herzaktion sehr unregelmässig. Leibesumfang 124 ctm. Gewicht 66,3 K. Leberrand überragt den Rippenbogen um 14 ctm. Urin trüb 1/2 Esbach 200 ccm. — Am 7. Behandlungstage war die Urinmenge auf 6000 gestiegen und betrug am 9. Tage noch 3700! Urin klar, frei von Albumen. Athmung und Puls betrugen 28 und 88, lezterer kräftig und regelmässig. Der Leibesumfang ist um 21 ctm., das Gewicht um 14 Pf. geringer geworden. Oedeme verschwunden. Patientin wird in bestem Wohlsein entlassen.

Der nächste Fall war ein sehr schwerer und endete, wie vorauszusehen, letal.

G. R. 53 Jahre. Myocarditis, Arteriosklerose, hochgradiges Emphysem. Patient kämpft mit Erstickungsanfällen und kann nicht im Bett liegen, Morphiuminjectionen bringen keinen Schlaf.

Auch hier ein nicht zu leugnender Erfolg. Nach einigen Tagen konnte Patient wieder liegen, die vordem sehr unregelmässige und schwache Herzaktion ist kräftiger und regelmässiger, die starken Oedeme haben abgenommen, der Appetit hob sich, die Urinmenge stieg von 450 auf 2600 — leider alles vorübergehend. Die Autopsie gab Gelegenheit uns von der hochgradigen Dilatation sämmtlicher Herzabtheilungen und von den stattgehabten Veränderungen am Herzmuskel zu überzeugen.

Aus der Reihe der Emphysematiker möchte ich Ihnen gleichfalls einen besonders schweren Fall referiren, in welchem sich unser Mittel gut bewährt hat.

A. B. Arbeiter 53 Jahre. Hochgradiges Emphysem, Bronchitis chronica, Myocarditis geringeren Grades.

Heftige Dyspnoe, anhaltende Schlaflosigkeit und Angstgefühl.

Status: Lungengrenzen sehr stark erweitert, lauter tiefer Schall, über beiden Lungenhälften Giemen und trockenes Rasseln. Herzgrenzen, R. Mitte des Sternums, L. ungenau. Herzaktion unregelmässig. II Pulmonalton laut klappend. Umfang des Abdomens 98 ctm. Leber 2 Finger breit palpabel.

Der Erfolg zeigte sich bereits am nächsten Tage; Pat. hat die Nacht andauernd gut geschlafen, was bisher trotz Morphium nicht zu erzielen war. Das Befinden bessert sich zusehends. Leibesumfang am 6. Tage 92 ctm. Gewichtsabnahme 16 Pf. Die Urinmenge stieg von 500 auf 2600, das spec. Gewicht fiel von 1025 auf 1007. Leberrand nicht mehr palpabel.

Es folgt ein Fall von Aorteninsufficienz.

Status: Herzgrenzen: R. Mitte des Sternums, L. ausserhalb der Mamillarlinie. Ueber der Herzbasis lang gezogenes diastolisches Geräusch. systolisches Blasen an der Herzspitze. Herzaktion sehr beschleunigt. Am 6. Tage fiel die Zahl der Athemzüge von 48 auf 24, Puls von 132 auf 68, die Urinmenge stieg am 7. Tage von 600 auf 2200. (Die erstgenannten Zahlen sind die Anfangswerte). Dabei verschwanden Beklemmung und Athemnoth, sowie das beängstigende Herzklopfen.

Zum Schluss gestatten Sie mir einen Fall von Nephritis interstitialis anzuführen.

J. M. Drechsler 42 Jahre. Zeitweise auftretende Oedeme der unteren Extremitäten, Schwindel, Sehstörungen, Herzklopfen und Schlaflosigkeit.

Herzgrenzen annähernd normal. I Ton leicht blasend, II Ton accentuirt. Der Augenhintergrund zeigt die charakteristischen «Spritzer». Leib aufgetrieben. Leberrand 4½ Querfinger unterm Rippenbogen palpabel. Beine stark ödematös. Urin 220 trüb, tiefbraunschmutzig, reichlich Albumen (9 pro Mille) und organische Elemente. Dyspnoe.

Die eklatante Wirkung zeigte sich bereits am Abend des 1. Tages. Die Dyspnoe war bedeutend geringer geworden, es stellte sich Appetit ein. Pat. schlief die Nacht andauernd gut. Am nächsten Tage stieg die Urinmenge auf 2700 am 3 Tage auf fast 4000 das spec. Gew fiel von 1017 auf 1002, die Menge des Albumens fiel auf 1 pro Mille. Der Urin war vollkommen klar. Pat. verlor 12 Pf., die Oedeme verschwanden. Er konnte aufstehen.

Ich glaube Ihnen M. H mit diesen wenigen Fällen doch ein anschauliches Bild der Wirkung des Dialysates gegeben zu haben. Sie werden mit mir zur Ueberzeugung gelangen, dass wir in demselben ein hervorragendes Cardiacum besitzen. das allen Ansprüchen, welche man an ein solches stellen darf, gerecht wird. Sie sehen, wie bei den angeführten Fällen Puls und Athmung sich besserten, wie die schweren Krankheitserscheinungen zurückgingen wie an Stelle der Schlaflosigkeit der normale Zustand wiederkehrte und das Allgemeinbefinden sich hob, und wie energisch die diuretische Wirkung ist.

Eine unangenehme Nebenwirkung des Mittels, wie das bei der Digitalis gelegentlich vorkommt, habe ich nicht beobachtet. Als solche waren eventuell aufzufassen: plötzliche Pulsverlangsamung, im Gegentheil dazu plötzliche Pulsbeschleunigung neben Schwindel, Erbrechen, Krämpfen und Schlaflosigkeit. Nur in einem einzigen Fall trat zum Schluss der Kur Uebelkeit auf.

Noch auf eines möchte ich Sie aufmerksam machen: die Wirkung tritt nicht immer sofort ein, manchmal dauert es 2, ja 3—4 Tage ehe sie sich zeigt. — Ich erwähne das hier nur deshalb, damit den Collegen, die das Dialysat anwenden wollen, in den ersten Tagen eine Enttäuschung erspart bleibe.

Nach diesen wenigen Versuchen, kann ich selbstverständlich noch kein Urtheil über den Werth des Dialysats fällen; jedoch glaube ich behaupten zu können, dass das Mittel den Folia und der Tinctura Digitalis in keiner Weise nachsteht, vor letzterer aber die genaue Dosirung voraus hat und Ihnen deshalb willkommen sein dürfte, um in gewissen Fällen eine Abwechslung in die Anwendung der üblichen Herzmittel zu bringen

Literatur:

Kunz-Krause. Ueber durch Dialyse gewonnene Pflanzenauszüge (Therap. M-hefte 1898).

N. Jaquet: Ueber die pharmakodynamische Wirkung einiger Pflanzendialysate. (Korrespondenzblatt f. Schweizer Aerzte 1898. 24, 1899. 11).

H. Lewin: Nebenwirkung der Arzneimittel. 1893. Berlin, Hirschwald. 2. Aufl.

J. Corin: Ueber die Behandlung der Pneumonie mit Digitoxin. (Therap. Wochenschr. 1895).

Kobert: Lehrbuch der Intoxicationen. (Stuttgart. Enke. 1893).

H Unverricht: Ueber Digitoxinbehandlung. (Deutsche Aerzte-Zeitg. 1895. 22).

G. Wenzel: Ueber die therapeutische Wirksamkeit des Digitoxins. (Centralblatt f. innere Medicin 1895. 19).

Heinrich Bosse: Ueber die therapeutische Wirksamkeit des Digitalisdialysates. (Centralblatt f. innere Medicin. 1899. Nr. 27).

Protokoll des XII. Aerztetages

der Gesellschaft livländ. Aerzte in Wenden vom 31. August bis zum 2. September 1900.

Vierte Sitzung.

1. September von 4 bis 8 Uhr abends.

1. Bestimmung des Ortes und der Zeit für den nächsten Aerztetag.

Sowohl dieser Punkt der Tagesordnung als auch die Wahl des Kassaführers war von der I. Sitzung auf die IV. verlegt worden.

Nach einer eingehenden Debatte erwählt die Versammlung mit allen gegen 2 Stimmen als Ort für den nächsten Aerztetag Riga und ermächtigt den Präses. von diesem Beschluss den Präses der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga in Kenntniss zu setzen.

Die genauere Bestimmung des Termins für den nächsten Aerztetag wird dem Vorstande anheimgestellt, doch wird im Princip beschlossen zur Zeit der Jubiläumsausstellung zu tagen.

Zum Kassaführer wird Dr. G. Engelmann-Riga gewählt.

Als Glieder der auf der I. Sitzung in Sachen der Bekämpfung der Trunksucht in Livland erwählten Kommission wer-

den gewählt die Dr.Dr. Behr-Riga, H. Meyer-Popen, Etzold-Hallist, Kupffer-Talkhof, Koppel-Jurjew.

Als Glieder der in Sachen des Normalstatuts für Kirchspielsärzte erwählten Commission werden gewählt die Dr.Dr. Kupffer-Talkhof, Truhart-Jurjew, H. Meyer-Palzmar, Blau-Läsern.

2. Prof. W. Zoege von Manteuffel-Jurjew (Dorpat) **„Zur pathologischen Anatomie der Appendicitis“.** (Erscheint: in dieser Wochenschrift).

Dr. P. Klemm-Riga: **«Zur Behandlung der chronischen Blinddarmentzündung».** (Erschienen in dieser Wochenschrift № 46, 1900).

Discussion:

Dr. v. Brackel-Libau. Von dem Vortragenden sei die Appendicitis perforativa nicht erwähnt worden, die oft ohne vorhergehende Symptome plötzlich einzutreten pflege und sofort einen operativen Eingriff erfordere. B. hat in Libau 2 derartige Fälle beobachtet; einer verlief tödtlich. Das bei der Section gewonnene Präparat wird demonstrirt: es handelte sich um die Perforation eines erbsengrossen, an der Oberfläche bereits incrustirten Kothsteines, der allem Anscheine nach im Wurmfortsatz selbst gebildet war und dort lange gelegen hatte, da oberhalb der Perforationsstelle keinerlei Schwellungen an der Ansatzstelle des Appendix an das Coecum nachweisbar sind, der Stein selbst zu gross erscheint, als dass er das Lumen des Ersteren symptomlos hätte passiren können, vor der zum Tode führenden Attaque seien keine Erscheinungen seitens des Appendix bemerkt worden.

Dr. Greiffenhagen-Reval. Die von Dr Klemm gegebene pathologisch-anatomische Eintheilung sei klinisch nicht immer durchführbar, da zahllose Uebergänge vorkommen. Daher sei die Indication für die Operation im acuten Anfall schwer zu stellen. G. giebt die Berechtigung zur Operation im acuten Anfall nur dann zu, wenn eine Ruptur des Abscesses droht, oder schwere Resorptionserscheinungen auftreten. Hinsichtlich der conservativen Therapie zieht G. zu Beginn der Erkrankung die Anwendung des Eisbeutels derjenigen der warmen Kataplasmen vor, da ersterer die subjectiven Beschwerden mildert, dieselben nach seiner Erfahrung bei Wärmeanwendung dagegen zunehmen. In späteren Stadien der Exsudatbildung macht er auch von Letzterer Gebrauch. Zur Operation nach abgeklungenem Anfall steht G. ebenso wie die Vortragenden und proponirt den Kranken unter Hinweis auf die Gefahr jedes weiteren Anfalls die Entfernung des Wurmfortsatzes, welche jedoch nach Ablauf des I. Anfalls von den Kranken meist abgelehnt werde. In mehreren Fällen sei nach der Operation im anfallsfreien Intervall eine hartnäckige, Jahre bestehende Obstipation geschwunden.

Dr. Kusick-Reval hat auch die Erfahrung gemacht, dass sich die Beschwerden der Kranken bei Wärmeanwendung zu Beginn der Appendicitis derart steigerten, dass zur Eisbehandlung zurückgegangen werden musste. K. behandelt in Folge dieser Erfahrung nur den persistirenden Tumor mit heissen Breiumschlägen.

Dr. Raue-Marienburg demonstrirt einen gut erhaltenen Wurmfortsatz, welcher am 12. Krankheitstage per vias naturales ausgestossen wurde. Gleich nach der Entleerung desselben fand sich in der rechten Fossa iliaca eine Vorwölbung, welche auf Druck mit einem gurrenden Geräusch verschwand. Die Kranke erholte sich schnell und ist vollständig genesen, die letzten Reste des Exsudates schwanden nach Bädern, vorsichtiger Massage und Gymnastik.

Dr. Truhart-Jurjew (Dorpat) erwähnt zur Vervollständigung der Differentialdiagnose die in neuester Zeit von Brentano hervorgehobene Analogie zwischen der Appendicitis und Pankreatitis. Die peripankreatische Eiterung, die sich oft auch als einfaches Empyem in der Bursa omentalis abspielt, führt nicht selten zu retroperitonealen Senkungsabscessen meist auf der linken häufig aber auch auf der rechten Seite unterhalb der rechten Niere bis in das Becken hinab. Häufig habe dieselbe zur Verwechslung mit der Appendicitis suppurativa Anlass gegeben. In 61 Fällen hat der peripankreatische Abscess, der allerdings fast durchweg zu irrigen Diagnosen, meist zur Annahme einer Darmocclusion Anlass geboten hat, die Indication zur Laparotomie gegeben. T. constatirt nach der ihm bekannten Statistik, dass die Chirurgie wie bei der Perityphlitis auch hier von der Frühoperation abgekommen ist. Die 32 früh operirten Fälle endeten ausnahmslos in 2—18 Stunden mit dem Tode, 4 operative Fälle mit Heilung In 6 Fällen ist Naturheilung eingetreten und zwar stiess sich bei diesen 3 Mal das necrotische und degenerirte Pankreas durch den Darm aus, genau so wie der Wurmfortsatz bei dem vom Collegen Raue heute demonstrirten Falle.

Dr. v Knorre-Riga spricht über die Differentialdiagnose zwischen Perityphlitis und Adnex-Erkrankungen. Im Falle der Wurmfortsatz tief im Becken liegt, greife der entzündliche Process leicht auf die Adnexe über, was namentlich bei jugendlichen Virgines leicht zu Verwechslungen führe. Es sei zu beachten, dass Adnex-Erkrankungen und deren Recidive meist während der Menstruation einsetzen.

Dr. Hartge-Jurjew (Dorpat) hat in letzter Zeit bei der Perityphlitis mit besserem Erfolge als die Eisblase heisse Hafersäcke angewandt. Die heissen trocknen Hafersäcke würden wegen ihres geringeren Gewichts besser ertragen als heisse Breiumschläge.

Prof. Dehio-Jurjew (Dorpat): Abgesehen von den schweren Fällen von Appendicitis und Perityphlitis, bei denen eine Discussion über die Nothwendigkeit des chirurgischen Eingriffes wohl verständlich ist, giebt es eine Anzahl von leichten Fällen, die oft ohne nennenswerthes Fieber fast nur durch etwas Schmerz und Druckempfindlichkeit charakterisirt und in wenigen Tagen günstig verlaufend, den Chirurgen naturgemäss fast nie zu Gesichte kommen. Sowohl diese leichten als die schweren typischen mit Fieber und der Bildung eines deutlich palpablen perityphlitischen Exsudates einhergehenden Fälle können einmalige Attaquen bleiben und vollkommen ausheilen, ohne jemals zu Recidiven zu führen. Diese recidivfreien Fälle verlangen kein chirurgisches Eingreifen und wenn die Chirurgen auch in solchen Fällen nach Ablauf der Attaque den Wurmfortsatz entfernen wollen, so geschieht das nur, weil Niemand wissen und vorhersagen kann, ob eine solche leichte und mittelschwere Attaque ohne Recidiv bleiben wird, welch letzteres eventuell lebensgefährlich werden könnte. Da durch die chirurgische Entfernung des Appendix dem Recidiv sicher vorgebeugt wird, so wollen die Chirurgen den Kranken lieber der Chance einer eventuellen chirurgischen Operation als der Gefahr eines eventuellen Recidives der Appendicitis aussetzen. Es gilt also, die Gefahr der Operation (Entfernung des Appendix nach Ablauf des ersten perityphlitischen Anfalles) gegen die eines eventuellen Recidives abzuwägen. D. hält die Wahrscheinlichkeit und die Gefahr eines schweren Recidives nach einem gut überstandenen ersten Anfall nicht für so gross, dass der Appendix nach einer jeden erstmaligen Appendicitis entfernt werden müsste. Wohl aber giebt er zu, dass durch ein jedes Recidiv die Wahrscheinlichkeit und Gefahr eines folgenden Recidives und schliesslich einer sogenannten chronischen Appendicitis gesteigert wird und dadurch wird die Indication der chirurgischen Entfernung des Wurmfortsatzes immer dringender, je öfter Recidive eintreten. Redner hat daher für sich folgende allgemeine Verhaltungsnorm zurecht gelegt. Die erste Attaque der Appendicitis wird nach den bekannten Regeln der inneren Medicin (Bettruhe, Diät, Opium, Eis) behandelt; wenn aber ein früher oder später eintretendes Recidiv den Beweis liefert, dass die zur Appendicitis führende Ursache (Stenose des Wurmfortsatzes oder Kothstein etc.) fortbesteht, wird auch das Recidiv ebenso behandelt und nach völligem Ablauf des Recidives dem Kranken der dringende Rath gegeben, sich nun den Wurmfortsatz exstirpiren zu lassen.

Dass schwere Complicationen wie Eiterung und Peritonitis schon während des Anfalls den operativen Eingriff nothwendig machen können, ist selbstverständlich.

Dr. P. Klemm-Riga: Die Restitution des erkrankten Wurmfortsatzes ist meist keine vollständige, es bleibt eine Verengerung zurück, an dieser verengten Stelle könne aus dem leichtesten Catarrh eine neue Attaque hervorgehen. Es sei daher nicht einzusehen, warum man ein krankes Organ behalten soll, wenn seine Entfernung möglich ist. Die Entfernung des Wurmfortsatzes müsse nach Ablauf der ersten Attaque dem Kranken vorgeschlagen werden, wenn derselbe darauf nicht eingeht, so sei das seine Sache. Das Abwarten einer zweiten Attaque sei weder vom Standpunkte der Logik noch der Wissenschaft haltbar.

Dr. v. Engelhardt-Riga: Nach der systematischen Eintheilung von Seiten der Chirurgen sollte man erwarten, dass die Entscheidung über den einzelnen Fall denselben leicht fallen würde, da die Indicationen so präcise gestellt sind. Das sei aber nicht der Fall. E. hält den von Professor Dehio in der Operationsfrage vertretenen Standpunkt für den am besten begründeten. Wie man beim ersten Anfall eines acuten Cysticusverschlusses nicht sofort die Gallenblase exstirpire, sondern die Krankheit in das Latenzstadium überzuführen suche, so dürfe man nach der ersten leichten Typhlitisattaque hoffen, dass der Hydrops des Appendix zurückgehe und die katarrhalische Stenose keine bleibenden Veränderungen hinterlassen werde.

In Bezug auf die Application von Eis oder heissen Umschlägen lasse sich kein Schema aufstellen, doch erscheine der subjective Wunsch des Patienten nach dieser oder jener Behandlungsart in vielen Fallen massgebend. E. fragt, ob oft Bauchbrüche nach der in Rede stehenden Operation zurückbleiben und ob die Chirurgen berechtigt sind, von einer

absoluten Restitutio ad integrum nach der Operation zu sprechen.

Prof. Dehio-Jurjew (Dorpat): Nicht jede Appendicitis braucht eine Stenose zu hinterlassen und zu einer chronischen Secretstauung im Appendix zu führen. Das Vorhandensein einer Stenose werde erst durch das eintretende Recidiv bewiesen.

Prof. Zoege von Manteuffel-Jurjew (Dorpat): Die Frage, ob Hitze oder Kälte anzuwenden sei, ist nicht schwer zu entscheiden an der Hand der Phagocytenlehre Metschnikoffs. Wenn letzterer Bacterien und Phagocyten einer niedrigeren Temperatur aussetzte, so verloren beide an vitalen Eigenschaften, es trat ein Waffenstillstand ein, der sich natürlich beliebig verlängern liess. Die Bacterien bleiben also gewissermassen liegen und die Phagocyten arbeiten nicht oder nur wenig. Bei zu lange andauernder Kälte wird jedoch auch das Gewebe geschädigt. Wenn Metschnikoff die Temperatur erhöhte, so fand zuerst ein lebhafter Kampf, eine Steigerung der Vitalität sowohl der Bacterien als der Phagocyten statt. In Berücksichtigung ferner, dass im natürlichen Kampf des Organismus gegen Bacterien die Temperatursteigerung (Fieber) eine wesentliche Rolle spielt, erscheint es verständig, die Hitze anzuwenden, wo man den Phagocyten mehr vitale Energie geben will und das um so mehr, als durch die Hitze locale Hyperaemie erzeugt wird und damit ein Zufluss von Phagocyten stattfindet. Durch die Hyperaemie werden die Gase aus dem Darm entfernt, während die Lähmung durch Eis die Gase an Volumen einschränkt, aber nicht abführt. Die Hitze wird nicht immer angenehm empfunden, aber diese unangenehme Empfindung dauert nicht lange an, in 12 bis 24 Stundenzeigt sich bereits ein erheblicher Erfolg.

Gegenüber den Ausführungen Professor Dehio's ist anzuführen, dass gerade die an der leichten chronischen Form der Appendicitis Leidenden die Operation wünschen, weil das geringe aber hartnäckige und oft recidivirende Leiden sie zuletzt arbeitsunfähig macht.

Wenn der Wurmfortsatz palpabel ist, so ist er verdickt und krank, im gesunden Zustande kann man ihn nicht fühlen. Was klinisch als geheilt gilt, braucht es anatomisch nicht zu sein, man kann nie wissen, wie sich der Verlauf nach dem Abklingen des ersten Anfalls gestalten wird. Desshalb darf man dem Kranken nur dann rathen, den zweiten Anfall (das erste Recidiv) abzuwarten, wenn man ihn auf die Möglichkeit aufmerksam macht, dass er in diesem Anfall zu Grunde gehen kann.

Dr. v. Brackel-Libau: Die meisten Chirurgen stehen gegenwärtig auf dem Standpunkte, dass der Appendix entfernt werden muss, sobald ein Anfall von Appendicitis stattgefunden hat. Redner lässt den von Dr. v. Engelhardt angeführten Vergleich mit dem Cysticus-Verschluss nicht gelten und weist darauf hin, dass auf dem letzten Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie befürwortet wurde, im angeführten Falle die Gallenblase zu entfernen, wobei als Stütze dieser Anschauung der Vergleich mit der Appendicitis herangezogen wurde.

Dr. P. Klemm-Riga: Zuckerkandl und Ribbert haben gefunden, dass jenseits der 30 Jahre die Follikel im proc. vermif. zu atrophiren beginnen und sehen darin das erste Anzeichen einer beginnenden Degeneration dieses Organs. Diese Auffassung sei unrichtig, da das lymphatische Gewebe, mit dem der Organismus von den Tonsillen an bis zu dem Analogon des Schlundrachenrings im Darm — dem Proc. vermiformis — reichlich ausgestattet ist, den Kampf mit den in den Organismus eindringenden Bacterien zu führen hat.

Prof. Dehio-Jurjew (Dorpat): Die Berechtigung zur Operation nach Abklingen des ersten Anfalls gebe er zu, wenn chronische Beschwerden fortbestehen, fehlen solche aber, dann liege auch kein Grund zur Operation vor.

Die völlige Ausheilung einer acuten Appendicitis ohne Hinterlassung einer Strictur oder Stenose oder einer chronischen Ulceration sei nach seiner Ansicht häufiger, als Professor Zoege von Manteuffel und Dr. Klemm annehmen. Sonst wäre nicht zu verstehen, warum man trotz der Häufigkeit der Appendicitis so selten bei Sectionen die Ueberreste und Folgezustände der Appendicitis findet. Statistische Erhebungen über die Häufigkeit der Recidive und den Zeitpunct ihres Eintritts nach Ablauf des Anfalls wären sehr erwünscht, denn nur sie würden eine sichere Grundlage bieten, um die Gefahr und Wahrscheinlichkeit der Recidive, welche von manchen Chirurgen etwas überschätzt werden, richtig zu beurtheilen.

Prof Zoege von Manteuffel-Jurjew (Dorpat) erwidert Dr. v. Engelhardt, dass nach den meisten eitrigen Perityphlitiden, wo Tamponade nothwendig ist, Bauchbrüche nachbleiben. Dieses ist auch zu Gunsten der Intervalloperation anzuführen, da hier das Abdomen geschlossen werden kann und keine Hernie nachbleibt.

3. Dr. C. Brutzer-Riga: **«Ueber Perityphlitis».** (Erschienen in dieser Wochenschrift).

Discussion:

Prof. Zoege von Manteuffel Jurjew (Dorpat): Der vom Vortragenden angeführte Fall von acuter gelber Leberatrophie sei auf Chloroformwirkung zurückzuführen; diese Auffassung sei durch experimentelle Untersuchungen bestätigt. In Bezug auf die Primäroperation des Wurmfortsatzes vertrete er einen anderen Standpunkt als Dr. v. Bergmann und operire nach abgeklungenem I. Anfall, wie er das oben ausgeführt.

Dr. Brutzer-Riga: Dr. v. Bergmann entscheide von Fall zu Fall, warte im Allgemeinen nach abgelaufenem ersten Anfall ab, falls nicht locale Erscheinungen, wie Schmerzen, Resistenz oder palpable Stränge zurückbleiben, in welchen er eine Indication zur Operation erblicke.

Dr. Truhart-Jurjew (Dorpat) bittet den Vortragenden um Auskunft, ob die von ihm erwähnte Perforation des Diaphragma bei der eitrigen Perityphlitis häufig beobachtet worden sei, er erinnere sich aus der Literatur bei dem retroperitonealen Abscess unter 205 schweren Fällen von Pankreaserkrankungen nur an 5 Fälle, in welchen es zu partieller oder totaler Perforation des Zwerchfells und consecutiv zu Pleuritis, Pericarditis kam. Eine solche Perforation des Zwerchfells finde stets auf der linken Seite statt, auch wenn der primäre Krankheitsprocess auf der rechten Seite begonnen, weil, wie solches seit den instructiven Gypseingiessungen von Lloyd in die Bursa omentalis und den retroperitonealen Oberbauchraum bekannt, die linke retroperitoneale Oberbauchgegend die am tiefsten gelegene Partie sei und bei allen derartigen Senkungsabscessen der Eiter sich in erster Linie hier abzulagern pflege.

Dr. Brutzer-Riga erinnert sich an 4. Fälle von Pleuraexsudat; das Exsudat fand sich in einem Fall auf der linken Seite. während ein subphrenischer Abscess auf der rechten war.

4. Dr. Greiffenhagen-Reval: **«Ueber den gegenwärtigen Stand der Nieren- und Harnleiter-Chirurgie».** (Erschienen in dieser Wochenschrift Nr. 45, 1900).

Discussion:

Prof. Zoege von Manteuffel kann sich dem Ausspruch, dass die Diagnostik der Nierenerkrankungen durch die Cystoscopie und den Ureterenkatheterismus gefördert sei, nicht anschliessen. Diese Methode versage in den Fällen, wo gekreuzte Ureteren vorkommen und Ureteren, die beide in der Mittellinie liegen, wie das bei Sectionen nachgewiesen worden sei. Er halte diese Untersuchungsmethode daher nicht für eine Errungenschaft, sondern sehe sie als gescheitert an. In verzweifelten Fällen könne man behufs Sicherung der Diagnose zum Nierenschnitt schreiten.

Dr. v. Brackel: Der Nierenschnitt sei nicht so ungefährlich, wie es erscheinen mag, trotz exacter Naht seien Nachblutungen vorgekommen, die nur durch die Exstirpation der Niere gestillt werden konnten. Israel, der selbst derartige Erfahrungen gemacht habe, erkläre diese Thatsache dadurch, dass die Polgefässe der Niere nicht immer die gleiche Stärke haben und zuweilen ein grosses Lumen aufweisen, das sich durch die Compressionnaht nicht schliessen lasse. In solchen Fällen leiste die Tamponade gute Dienste.

Dr. P. Klemm ist gleichfalls der Ansicht, dass die Nierenchirurgie durch die Cystoscopie und den Ureterenkatheterismus nicht viel gevortheilt hat. Es seien Fälle beobachtet, wo bei der Section in beiden Ureteren Steine gefunden wurden, trotzdem bei der Cystoscopie eine Urinentleerung aus den Ureteren beobachtet wurde. Noch andere Ursachen machen den Werth der Methode illusorisch. Er empfehle als Nothbehelf in schwierigen Situationen die Laparotomie und Abtastung der Ureteren.

Dr. Greiffenhagen betont den gemachten Einwänden gegenüber, dass die Ergebnisse der Cystoscopie und des Ureterenkatheterismus allein nicht beweisend seien, sondern im Verein mit den anderen Untersuchungsmethoden anzuwenden und dann sehr werthvoll seien. Die überaus schwierige Technik erfordere eine specialistische Ausbildung und könne daher nicht Gemeingut aller Chirurgen werden, doch sollen die Chirurgen gemeinschaftlich mit den Specialisten arbeiten. — Hinsichtlich der Blutungen beim Nierenschnitt ist Redner der Ansicht, dass gefährliche Blutungen sehr selten sind, doch käme in derartigen Fällen, falls die Naht zur Blutstillung nicht ausreicht, Tamponade, in verzweifelten Fällen die Exstirpation der Niere in Betracht.

Dr. v. Sengbusch: Der Nierenschatten kann in günstigen Fällen röntgographisch nachgewiesen werden.

5. Dr. A. Hildebrand-Riga: **«Ueber Operation des Plattfusses nach Gleich».** (Erscheint in dieser Wochenschrift).

Discussion.

Prof. Zoege von Manteuffel schlägt vor, den Neigungswinkel, den die Schwerlinie mit der Calcaneusaxe bildet, von hinten zu messen. Ebenso müssten Photographien von der Rückenansicht angefertigt werden. Der Erfolg sei eclatant.

6. Der Präses theilt mit, dass der von Dr. Christiani angekündigte Vortrag nicht gehalten werden kann, da der Autor am Erscheinen durch Berufspflichten verhindert ist.

7. Dr. Weidenbaum-Riga: **«Ueber einige entzündliche Erkrankungen der weiblichen Beckenorgane».** (Erschienen in dieser Wochenschrift Nr. 49).

Discussion:

Dr. Ströhmberg-Jurjew (Dorpat): In dem Vortrage sei mit Recht betont worden, dass das Grös der Krankheiten, mit welchen sich die Gynäkologie zu beschäftigen hat, unglücklichen Complicationen des physiologischen Geschlechtslebens der Frau entspringt und dass unter den Ursachen der Frauenkrankheiten den social-pathologischen Beziehungen der Löwenantheil zufällt, d. h. dass die Mehrzahl der Erkrankungen der weiblichen Genitalsphäre durch die Gonorrhoe bedingt wird. Die Therapie stehe den gonorrhoischen Erkrankungen der weiblichen Beckenorgane meist machtlos gegenüber. Eine um so grössere Bedeutung gewinne die Prophylaxe. Da ist es nun betrübend, immer wieder constatiren zu müssen, dass dieselbe in dieser Beziehung bisher noch nichts geleistet hat; obwohl der Krankheitserreger seit mehr als 20 Jahren bekannt und leicht nachweisbar ist, trotzdem haben sich die Gonococcenuntersuchungen in der Prophylaxe der Gonorrhoe noch lange nicht eingebürgert. Man könne die wenigen Orte Europas, in welchen solche Untersuchungen bei der Controle der Protituirten durchgeführt werden, an den Fingern abzählen. Fast überall werde diese einzige sichere Art der Diagnose der Gonorrhoe der Prostituirten ignorirt. Durch eine sachliche Diagnose und Behandlung der Gonorrhoe der Prostituirten werde sich die Zahl der Erkrankungen zunächst bei den Clienten derselben, dann bei den geheimen Prostituirten, sodann bei einer weiteren Anzahl von Männern und endlich in der Ehe vermindern. S. stellt den Antrag, der livländische Aerztetag möge sich dahin aussprechen, dass er die Gonococcenuntersuchungen bei der Controle der Prostituirten in allen Städten Livlands, in welchen eine solche Controle existirt, für nothwendig erachtet.

Die Versammlung stimmt dem Antrage per Acclamation zu.

Dr. Mickwitz-Törwa hat in mehreren Fällen hauptsächlich bei durch Streptococcen und Staphylococcen verursachten Erkrankungen die von Credé empfohlenen Silbersalze in Salbenform mit anscheinend guten Erfolge angewandt, so in einem Fall von Cerebrospinalmeningitis epidemica, in 2 Fällen von Scharlach mit Scharlachdiphtherie, wobei die Letztere in 2 Tagen zurückging und beide Patienten in 4—5 Tagen entfiebert waren. M. wagt nicht zu entscheiden, ob es sich dabei um einen abortiv verlaufenden Scharlach gehandelt hat, oder ob die Salbe die rasche Heilung herbeigeführt hat, jedenfalls will er bei weiteren Fällen von Scharlach die Credé'sche Salbe anwenden. Bei septisch phlegmonösen Erkrankungen hat M. keine Erfolge nach Anwendung der Salbe gesehen, wohl aber eine Besserung in einem Fall von Furunculosis.

Dr. J. Vierhuff-Dünaburg. In Dünaburg werden in den meisten Fällen von puerperaler Sepsis die Credé'schen colloidalen Salben angewandt, doch seien keine besonderen Erfolge gesehen worden. Ebenso wenig seien einwandsfreie Resultate bei Behandlung der Furunculose erzielt worden.

Dr. Wagner-Zabeln hat nach der erwähnten Methode einen an langwieriger recidivirender Furunculose leidenden Kranken aus der besseren Praxis über ein Jahr behandelt, ohne dass ein Erfolg nachgewiesen werden konnte. Ebenso wirkungslos war die Behandlung in einem Fall von acuter Sepsis.

Dr. Kiwull-Wenden steht dem von Dr. Ströhmberg gemachten Vorschlage sympathisch gegenüber, doch sei abzuwarten, wie weit derselbe sich in praxi wird durchführen lassen. K. wendet seit einer Reihe von Jahren prophylactische Aetzungen des Cervicalkanals mit Liquor Bellostii oder Holzessig in jedem Fall an, wo das Cervicalsecret ihm verdächtig erscheint; wenngleich zuzugeben ist, dass das nur ein unvollkommenes Verfahren ist, zumal die Bartholin'schen Drüsen, die Urethra u. a. dieser Behandlung nicht zugänglich gemacht werden können, habe er immerhin den Eindruck gewonnen, dass die Gonorrhoe in Wenden seit der systematischen Anwendung dieses Verfahrens wesentlich abgenommen hat.

Dr. Ströhmberg: Der Ausgangspunct der gonorrhoischen Erkrankung der weiblichen Beckenorgane sei schwer nachzuweisen, auch verlaufe die Gonorrhoe oft ohne stärkere Secretion, daher könne man sich auf die Untersuchung mit blossem Auge nicht verlassen und sei behufs Sicherung der Diagnose eine Gonokokkenfärbung unentbehrlich.

Dr. A. Keilmann-Riga spricht zu den Ausführungen Dr. Weidenbaum's seine Zustimmung aus und glaubt in Bezug auf die Massage im Sinne des Vortragenden mit besonderem Nachdruck die Strenge der Indication betonen zu müssen, K. ist der Ansicht, dass bei uns zu Lande zu viel massirt wird, man könne sich gelegentlich des Eindrucks nicht erwehren, dass weit mehr Diagnosen, als sie vom Collegen Weidenbaum genannt seien, ausgedehnten Massagecuren zur Unterlage dienen, ja es gebe vielleicht auch Fälle, die massirt werden, ohne dass man bei sorgfältiger Untersuchung vorher oder nachher irgend eine Motivirung dafür im Befunde finden könne. Wenn die absoluten Gegner der Massage sich an Olshausen anlehnen, der gesagt hat, die Massage habe mehr geschadet als genützt, so brauche man nicht zu ihnen zu gehören, um doch dieser Aeusserung eingedenk zu bleiben.

Dr. v. Knorre-Riga wendet sich gleichfalls gegen die allgemeine Anwendung der Massage, die nur von Fachleuten ausgeführt werden soll unter exacter Controle von Allgemeinbefinden und Temperatur. Die Massage sei vom Vortragenden mit Recht nur für wenige Fälle reservirt worden. Von der Untersuchung der Prostituirten auf Gonokokken verspricht K. sich keinen grossen Einfluss auf die Verminderung der Infectionshäufigkeit, solange das Membrum virile nicht auch ante coitum einer Untersuchung unterworfen werde.

Dr. v. Engelhardt-Riga: Als Folge der schweren, unheilbaren Erkrankungen der Adnexe des Uterus und mit ihnen sich steigernd treten gelegentlich Störungen der Darmthätigkeit auf verbunden mit nervösen Allgemeinerscheinungen und Ernährungsstörungen. Hier sei die Einleitung einer systematischen Diät, wie sie bei Darmcatarrhen indicirt ist, nicht am Platz, sondern werde vielmehr durch Liegecuren mit kräftiger Ernährung und schonender Anwendung von Kamillenthee-Klystieren eine Besserung erzielt.

Dr. Wolfram-Riga: Da die meisten gonorrhoischen Adnexerkrankungen erst im Wochenbett manifest werden, so müsste hier auf die Prophylaxe besonders viel Gewicht gelegt werden, indem absolute Ruhe bei strenger Rückenlage etwa 2 Wochen lang durchgeführt werden sollte, bei inficirten Wöchnerinnen 4—5 Wochen. Auf diese Weise dürften sich die schweren Erkrankungen verhindern lassen. Der Ansicht des Vortragenden, dass das wirksame Moment bei der Bäderbehandlung die Wärme sei, könne er nicht beistimmen, vielmehr sei dasselbe in der mechanischen Belastung des Körpers durch das Wasser gegeben, da dieses bekanntlich 800 mal schwerer als die Luft sei.

Dr. Weidenbaum: Neben der Wärmewirkung komme der atmosphärische Druck des Wasserbades als wirksames Moment in Betracht, doch sei ersteres von grösserer Bedeutung, da die Hitze die Vitalität eines Gewebes anrege. Bei schweren Moorbädern steige die Körpertemperatur oft um 3° C., womit eine erhebliche Steigerung des Blutdruckes verbunden ist.

Dr. A. Keilmann glaubt nicht, dass Bettruhe im Stande sei, im Wochenbett das Ascendiren der Gonorrhoe sicher zu verhindern. Die Bedingungen, unter denen die Gonorrhoe im Wochenbett ascendirt, seien nicht genügend bekannt und zweifellos ascendiren auch gonorrhoische Processe bei absoluter Bettruhe.

Dr. Wolfram: Das Ascendiren der Gonorrhoe werde durch Bettruhe nicht ausgeschlossen, wohl aber werden schwere Krankheitserscheinungen bekämpft.

Schluss der IV. Sitzung.

Dr. med. W. Vierhuff,
d. Z. Secretär.

Vermischtes.

— Der Professor emer. der Anatomie an der Militär-Medicinischen Academie, Dr. A. Tarenezki ist als Chef der genannten Academie bestätigt worden, unter Beförderung zum Geheimrath und mit Belassung in der Stellung eines berathenden Mitgliedes des Medicinalrathes.

— Die Vorlesungen Prof. Tarenezki's über normale Anatomie im 1. und 2. Cursus der Academie sind, wie verlautet, den Prosectoren und zugleich Privatdocenten der Academie Dr. Schawlowski und Dr. Delizyn interimistisch übertragen worden.

— Am 4. Februar beging der Director und Oberarzt des hiesigen Marienhospitals für Arme, wirkl. Staatsrath Dr. A. M. Aikanow das 30jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit.

— Am 6. Februar vollendeten sich 25 Jahre der Lehrthätigkeit des Professors der Diagnostik und Directors der propädeutischen Klinik an der Charkower Universität, wirkl. Staatsraths Dr. Michael Lomikowski.

— Die ausserordentlichen Professoren der Militär-Medicinischen Academie M. Janowski und S. Botkin sind zu ordentlichen Professoren auf den von ihnen eingenommenen Lehrstühlen (ersterer für Diagnostik und allgemeine Pathologie nebst propädeutischer Klinik letzterer für interne Klinik) ernannt worden.

— Am 28. Januar wurde in Alatyr das 25jährige Jubiläum Dr. A. E. Bystrow's im Landschaftsdienste festlich begangen. (Wr.)

— Sein 25jähriges Doctorjubiläum beging vor Kurzem der bekannte Professor der Hygiene Dr. Ferdinand Hueppe in Prag, dessen Name fast in jedem der zahlreichen Theilgebiete der Hygiene vertreten ist und in mehr als einem derselben obenan steht. Die «Prager Medicinische Wochenschrift» hat aus diesem Anlass den Inhalt ihrer soeben erschienenen Nr. 7 dem Jubilar gewidmet.

— Die Stadtverordneten Dr. A. Oppenheim und J. S. Meschkow haben nach Bestätigung durch den Stadthauptmann ihre Functionen in der St. Petersburger städtischen Sanitätscommission angetreten und zwar ersterer als Präsident der Commission und letzterer als Mitglied derselben.

— Die Conferenz der Militär-Medicinischen Academie hat ihre Aufmerksamkeit auf die in der Fundamentalbibliothek der Academie herrschende Unordnung gelenkt und den Professor der Geschichte der Medicin Skoritschenko beauftragt, in drei Jahren die reiche Bibliothek in Ordnung zu bringen. (Her.)

— Ernannt: Der Corpsarzt des 12. Armeecorps, Geheimrath Dr. Kasanski — zum Militär-Medicinalinspector des sibirischen Militärbezirks; der Oberarzt des Wilnaschen Militärhospitals, Staatsrath Dr. Langwagen — zum Corpsarzt des 12. Armeecorps; der Oberarzt des Wladikawkas'schen Militärhospitals, Staatsrath Dr. Rudkow — zum Oberarzt des Wilnaschen Militärhospitals; der Divisionsarzt der 3. Grenadierdivision, Staatsrath Dr. Schimanski — zum Oberarzt des Wladikawkasschen Militärhospitals.

— Verstorben: 1) Am 31. Januar einer der ältesten Aerzte der Stadt Odessa, Dr. Salomo Akin nach längerem Leiden im 71. Lebensjahre. Nach Absolvirung des Cursus der Moskauer Universität i. J. 1860 trat der Hingeschiedene als Ordinator ins Odessaer Stadthospital, an welchem er gegen 35 Jahre gewirkt und in dieser Zeit 12 Oberärzte erlebt hat. Im Jahre 1894 sah er sich durch ein Herzleiden, zu dem sich nachher noch ein Nierenleiden gesellte, gezwungen, seinen Abschied zu nehmen. — 2) In Charkow am 31 Januar der Ordinator des städtischen Alexander-Hospitals, Dr. Demetrius Kononenko am Schlage. Der Verstorbene war ein Schüler der örtlichen Universität, welche er 1875 absolvirt hatte. Am Stadthospital war er seit 1887 thätig. — 3) In Kasan der frühere Divisionsarzt Dr. Nikolai Wischnjakow im Alter von 72 Jahren. Die ärztliche Thätigkeit hat er seit 1856 ausgeübt. — 4) In Moskau Dr. Carl Lippmanowitz im Alter von nahezu 53 Jahren. Aus Kurland gebürtig, studirte L. von 1875–85 an der Dorpater Universität Medicin. Nach Erlangung des Arztgrades war er successive Arzt in Riga, zu Sassmacken in Kurland, in Tuckum, Talsen und zuletzt in Moskau. — 5) In Mannheim der Heidelberger Professor der Augenheilkunde, Dr. Leopold Weiss im 52. Lebensjahre an Pneumonie. Der Verstorbene war seit 1876 Privatdocent und seit 1890 Extraordinarius an der Heidelberger Universität. — 6) In Wiesbaden der langjährige Badearzt in Elster, Dr. Siegfried Hahn. Er ist auch mehrfach literärisch thätig gewesen auf dem Gebiete der Balneologie.

— Die Leitung der bekannten Brehmer'schen Heilanstalt in Görbersdorf hat jetzt Geheimrath Dr. Julius Petri übernommen. Dr. Petri war schon zu Lebzeiten Dr. Herm. Brehmer's in den Jahren 1882 bis 1886 Arzt an dieser Heilanstalt und gehörte von 1889 bis 1900 dem deutschen Reichsgesundheitsamte als ordentliches Mitglied an. (Allg. med. C.-Ztg.)

— Der Privatdocent der Würzburger Universität Dr. Bruns ist als ausserordentlicher Professor auf den Lehrstuhl der Anatomie in Heidelberg berufen worden.

— Die Privatdocenten der Heidelberger Universität Dr. Franz Nissl (Psychiater) und Dr. Georg Marwedel (Chirurg), welche sich durch ihre literärischen Arbeiten bereits einen Namen gemacht haben, sind zu ausserordentlichen Professoren ernannt worden.

— Die Sammlung zur Stiftung eines Stipendiums auf den Namen des in den Ruhestand getretenen Moskauer Klinikers Prof. Ostroumow hat bereits 7000 Rbl. ergeben, so dass von den Zinsen ein Stipendium im Betrage von 300 Rbl. an einen Medicinstudirenden der Moskauer Universität vergeben werden kann.

— Die Odessaer balneologische Gesellschaft hat beschlossen ein «Balneologisches Saisonblatt» herauszugeben.

— Von der Physiko-medicinischen Gesellschaft in Moskau ist ein Preis im Betrage von 1000 Rbl. für die beste Arbeit in russischer Sprache «Ueber die Hundswuth, ihre Aetiologie, Prophylaxe und Behandlung» ausgesetzt worden. Die gedruckten oder handschriftlichen Arbeiten sind (mit dem Namen des Autors in einem mit einem Motto versehenen versiegelten Couvert) bis zum 1. November 1901 an den Secretär der Gesellschaft (И. М. Сыромятниковъ, Брюссовъ пер., д. граф. Олсуфьевой) einzusenden. (Wr.)

— Die St. Petersburger Stadtduma hat in ihrer letzten Sitzung bei der Berathung des Budgets der städtischen Hospitäler pro 1901 nach langen Debatten die von der Finanzcommission beanspruchten 3502 Rbl. 99 Kop. zur Erhöhung der Quartiorgelder für diejenigen älteren Aerzte, welchen eine Wohnung in natura nicht gegeben werden kann, bewilligt. Ebenso wurden die zur Anstellung von 15 Assistenzärzten bei den Stadthospitälern verlangten 10,800 Rbl. gewährt, dagegen der von der Hospitalcommission für ausseretatmässige Betten in den Hospitälern beanspruchte Credit von 150,000 Rbl. auf 50,000 Rbl. reducirt.

— Die Zahl der Studenten der Warschauer Universität beträgt im laufenden Jahre 1169. von denen 367 der medicinischen Facultät angehören.

— Bei der neuen medicinischen Facultät in Odessa sind jetzt zu Beginn des 2. Semesters 120 Hörer inscribirt.

— Der 30. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie findet vom 10.—13. April n. St. im Langenbeckhause in Berlin statt. Die Begrüssung der zum Congress sich versammelnden Mitglieder geschieht am Dienstag den 9. April, Abends 8 Uhr, im «Spatenbräu», Friedrichsstrasse 172. Ankündigungen von Vorträgen und Demonstrationen wolle man bis zum 15. März an den Vorsitzenden Prof. Dr. Czerny in Heidelberg gelangen lassen

— Dr. Unnas Dermatologische Preisaufgabe. Der für 1900 ausgeschriebene Preis von 300 Mark konnte nicht ertheilt werden. Es wird deshalb die gleiche Aufgabe auch für 1901 gestellt und der Preis auf 600 Mark erhöht. Das Thema lautet demnach wiederum: Es soll untersucht werden: «Die feinere Architektur der primären Hautcarcinome und insbesondere die bei ihnen obwaltenden verschiedenen Beziehungen zwischen Epithelwucherung und Bindegewebswiderstand».

Die Bewerbung ist unbeschränkt. Die Arbeit ist bis Anfang December 1901 bei der Verlagsbuchhandlung Leopold Voss in Hamburg, Hohe Bleichen 34, einzureichen. Sie ist mit einem Kennwort (Motto) zu versehen; das gleiche Kennwort ist auf der Hülle eines beizulegenden Briefes, welcher Namen und Adresse des Verfassers enthält, anzubringen.

Die Herren Proff. Hauser (Erlangen), Nauwerck (Chemnitz) und Orth (Göttingen) haben es gütigst übernommen, die einlaufenden Arbeiten zu prüfen.

— Die Mitglieder der medicinischen Fakultät der Universität Greifswald haben beschlossen, in diesem Jahre den Ferienkursus für Aerzte in der zweiten Hälfte des October abzuhalten. Derselbe ist auf die Dauer von 14 Tagen berechnet. Die näheren Bestimmungen werden im Mai veröffentlicht werden.

— In Oesterreich (ohne Ungarn) betrug im verflossenen Jahre die Gesammtzahl der Aerzte 10,576, von denen 2443, also fast der vierte Theil, in Wien die Praxis ausübte.

— S. H. der Prinz von Oldenbusg ist von seiner Mission in die südöstlichen Gouvernements zurückgekehrt und hat dem Oberarzt, wirkl. Staatsrath Dr. Issajew die Leitung des Medicinalwesens und die Ergreifung der etwa noch erforderlichen Massregeln zur allendlichen Bekämpfung der Seuche in den südöstlichen Gouvernements übertragen. Die Abberufung des dorthin abcommandirten Prof. Sabolotny hängt von der Commission zur Verhütung der Pest ab; dagegen ist die Entbindung des medicinischen und administrativen Personals von seinen Functionen, sobald und soweit solches möglich wird, dem Chefarzt Dr. Issajew überlassen worden.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 28. Jan. d. J. 9081 (226 mehr als in d. Vorw.), darunter 440 Typhus — (7 wen.), 974 Syphilis — (47 mehr), 425 Scharlach — (47 mehr), 143 Diphtherie — (8 mehr), 87 Masern — (31 mehr) und 13 Pockenkranke — (1 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 21. bis zum 28. Januar 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
331	262	593	165	86	126	26	8	20	47	53	65	44	38	34	9	1

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 1, Typh. abd. 11, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 7, Scharlach 22, Diphtherie 26, Croup 1, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 19, Erysipelas 3, Grippe 6, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 80, Tuberculose anderer Organe 24, Alkoholismus und Delirium tremens 0, Lebensschwäche und Atrophia infantum 43, Marasmus senilis 25, Krankheiten der Verdauungsorgane 49, Todtgeborene 35.

✦ **Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 20. Febr. 1901.** Diejenigen Herren, welche sich am 6. März nach der Vereinssitzung an der geplanten geselligen Vereinigung zu betheiligen wünschen, werden gebeten sich möglichst bald boi Dr. Wanach zu melden.

✦ **Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 12. Februar 1901**

Dieser № liegt für die Stadtabonennten ein Prospect der «St. Petersburger Zeitung» bei.

Дозв. ценз. Спб., 9 Февраля 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 7 St. Petersburg, (2. März) 17. Februar 1901

Dieser № liegt «№ 2 der Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften» bei.



Dreizehnter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte

Der XIII. Aerztetag der Gesellschaft Livl. Aerzte wird in Riga am 19., 20. und 21. Juni a. c. stattfinden.

Diejenigen Collegen, welche Vorträge zu halten wünschen, werden gebeten, die Themata mit kurzer Inhaltsangabe an mich gelangen zu lassen.

d. Z. Präses der Gesellschaft Livländ. Aerzte.
Dr. M. Treymann
(Riga, gr. Königsstrasse Nr. 11, I).

Nochmals zur mechanischen Behandlung des Hydrops anasarca.

Von
Prof. Karl Dehio
in Dorpat.

Als Ergänzung zu meinem in Nr. 51 des vorigen Jahrganges dieser Wochenschrift veröffentlichten Aufsatz über die mechanische Behandlung des Hydrops anasarca mit der «Trichterbinde» erlaube ich mir noch einen von mir behandelten Fall von schwerer Nephritis zu referiren, aus welchem ersichtlich ist, mit welchem Erfolge sehr bedeutende Mengen von Oedemflüssigkeit durch diese Behandlungsmethode aus dem Körper entfernt werden können.

Herr N. P., 24 Jahre alt, Student des hiesigen Veterinärinstituts kam am 13. November 1900 in meine Behandlung.

Patient ist im Kaukasus (Wladikawkas) geboren und aufgewachsen. Als Kind hat er viel gekränkelt, Masern, Lungenentzündung, Gesichtserysipel durchgemacht und im 12. Lebensjahre eine hartnäckige Periostitis des linken Schienbeins erworben, wegen deren er Moorbäder, Limanbäder und viele andere Curen vergeblich gebraucht hat und die erst nach 6jährigem Bestehen allmählich ausheilte. Im Sommer 1897 bezog er bei guter Gesundheit das hiesige Veterinärinstitut. Nahe vor dem Schlussexamen stehend, verbrachte er den Sommer 1900 als zeitweiliger Stellvertreter des Veterinärarztes im Gebiet von Kars in Transkaukasien.

Dort erkrankte er im August an typischem Wechselfieber. Die Anfälle wiederholten sich anfänglich an jedem 3. Tag, später angeblich jeden 4. Tag und traten seit der Mitte des October täglich in recht heftigen Paroxysmen auf. Im October bemerkte er erst leichte, in der Nacht wieder verschwindende Oedeme an den Fussknöcheln, später schwollen die Beine und auch die Haut des Unterleibes an. Nach Dorpat zurückgekehrt, trat Patient am 27. October in die Medicinische Klinik ein, wo er bis zum 9. November mit Milchdiät, Diuretin und Schwitzbetten behandelt wurde. Die Fieberanfälle hörten dabei auf, aber die tägliche Urinmenge verminderte sich zusehends und die Oedeme nahmen rapide zu. Am 13. November übernahm ich die Behandlung.

Pat. ist von gracilem Körperbau und kleinem Wuchs. Die unteren Extremitäten, die Genitalien und der Rumpf bis zur Höhe der Brustwarzen durch hochgradiges Oedem zur Unförmlichkeit aufgeschwollen; im Bauchraum reichlicher Ascites; Hochstand des Zwerchfelles. Die Haut und Schleimhäute blass, nicht cyanotisch; Athmung beschleunigt, Puls klein, regelmässig. Respirations- und Circulationsorgane in Ordnung; Milz nicht zu palpiren. Zwei bis drei halbflüssige, braune Stühle täglich. Der Urin von gelbrother Farbe, trübe, von hohem specifischem Gehalt (1027) und saurer Reaction, enthält bedeutende Mengen Eiweiss (ca. 12 pro mille n. Essbach), Nierenepithelien und sehr zahlreiche hyaline und granulirte Cylinder. Tägliche Urinmenge ca. 400 Ccm. Die Temperatur ist normal und es sei gleich hier bemerkt, dass in der ganzen Behandlungszeit keine Fieberanfälle vorgekommen sind.

Am 13. November wurde durch Punction des Abdomen 3800 Ccm. einer opalescirenden Ascitesflüssigkeit entleert, welche ca. 1 pro mille Eiweiss (nach Essbach) enthielt und 1007 specifisches Gewicht zeigte. Pat. spürte danach eine Erleichterung des Athmens.

Am 14. November legte ich zur Entleerung der Oedemflüssigkeit an beiden Unterschenkeln je 2 Hautschnitte an und bedeckte sie mit der Trichterbinde. In den ersten 6 Stunden flossen aus beiden Beinen 2170 Ccm. einer wasserklaren, farblosen Flüssigkeit ab, bis zum Abend des 15. November noch 1975 Ccm., bis zum Abend des 16. November weitere 3090 Ccm. und am 17. November noch 180 Ccm. In 3 mal 24 Stunden wurden somit 7415 Ccm. Oedemflüssigkeit entleert. Dieselbe enthielt nur geringe Spuren von Eiweiss, war von neutraler Reaction und zeigte ein specifisches Gewicht von 1007.

Am 17. November entfernte ich die Binde und vernähte die Incisionswunden. Obgleich die unteren Extremitäten hiernach bedeutend weicher und schlanker geworden waren, war doch eine Besserung des Allgemeinbefindens kaum zu bemerken. Pat. fühlte sich sehr schwach, hatte öfters Erbrechen, klagte viel über Kopfschmerzen, schlief nur wenig, verbrachte die ganze Zeit wegen Dyspnoe im Lehnstuhl und die Diurese

wollte trotz Digitalis und Diuretin nicht steigen. Diarrhoische Stühle. Albuminurie (14 p. mille Eiweiss) und Cylindrurie beim Alten. Die Geschwulst des Scrotum und Penis verursacht grosse Beschwerden.

Vom 18. bis 29. November erhielt Pat. täglich ein Schwitzbett von ca. 1 Stunde Dauer und wenn auch dadurch nur sehr wenig Schweiss erzielt wurde, so stieg doch die Urinmenge bis 1500 Ccm. pro die und der Eiweissgehalt sank auf 5 pro mille und schliesslich auf 4 pro mille. In den letzten Tagen des November sank die Urinmenge wieder auf 450 Ccm., woran offenbar die unstillbaren, ganz flüssigen Durchfälle Schuld waren.

Am 30. November war der Zustand des Patienten nicht besser, sondern schlimmer als zu Beginn der Behandlung. Die ganze untere Hälfte des Körpers unförmlich geschwollen, reichlicher Ascites; an den Oberschenkeln und am Bauch beginnt die glänzend gespannte Epidermis zu platzen, so dass das Hautwasser daselbst in kleinen Tropfen hervorsickert. Patient beginnt zu husten und an den unteren Partieen der comprimirten Lungen treten Dämpfung, Bronchialathmen und feuchte, kleinblasige Rasselgeräusche auf. Schlaf ist nur durch Morphium zu erzielen. Schleimiger Auswurf. Die Incisionen an den Unterschenkeln sind per primam geheilt.

Am 1. December machte ich um das Athmen zu erleichtern eine zweite Punctio abdominis, wodurch 2800 Ccm. Ascitesflüssigkeit entleert wurden und Pat. sich etwas leichter fühlte. Urinmenge 1000 Ccm.

Am 2. December machte ich, da die Oedeme der Beine eher zu- als abnahmen, zwei neue Hautschnitte am linken Unterschenkel und legte die Trichterbinde an. Bis zum nächsten Mittag waren 4150 Ccm. Oedemflüssigkeit abgeflossen.

Am 4. December kamen 2850 Ccm. hinzu.
» 5. » » 2250 » »
» 6. » » 1950 » »

Am 7. December wurde dieselbe kleine Operation (Hautincisionen und Trichterbinde) auch am rechten Unterschenkel ausgeführt und es entleerten sich an diesem Tage aus beiden Beinen zusammen 2450 Ccm. ab.

Vom 8. bis 16. December flossen weiter folgende Tagesmengen Oedemflüssigkeit ab:

Am 8. December	. . .	1500 Ccm.
Am 9. »	. . .	870 »
Am 10. »	. . .	1540 »
Am 11. »	. . .	1550 »
Am 12. »	. . .	1700 »
Am 13. »	. . .	2125 »
Am 14. »	. . .	2260 »
Am 15 »	. . .	1430 »
Am 16. »	. . .	1000 »

In dieser Zeit trat allmählich eine Wendung zum Besseren ein. Pat. fing an sich besser und frischer zu fühlen, es meldete sich etwas Appetit und Pat. begann etwas Milch, gegen die er bis dahin stets einen Widerwillen geäussert hatte, gutwillig zu trinken. Die Urinmenge stieg allmählich und erreichte am 16. December das Tagesquantum von 1950 Ccm. mit $3\frac{1}{2}$ pro mille Eiweiss. Der Puls wurde etwas kräftiger, die Athmung freier.

Am 16. December entfernte ich die Trichterbinde vom rechten Bein, da der Abfluss aus demselben fast ganz versiegt war.

Die Incisionswunden, welche nun 9 Tage alt waren, zeigten schlaffe, blasse Granulationen und wurden mit einem leicht drückenden Jodoformverband so verbunden, dass keine Flüssigkeit aus ihnen mehr austrat. — Es blieb somit die Trichterbinde nur noch am linken Unterschenkel liegen und aus ihm entleerten sich in den folgenden Tagen folgende Mengen Oedemflüssigkeit:

17. December	600 Ccm.	20. December	400 Ccm.
18. »	600 »	21. »	200 »
19. »	400 »		

In diesen 5 Tagen machte die Besserung erfreuliche Fortschritte. Die täglich ausgeschiedenen Urinmengen wuchsen bis 2700 Ccm. und betrugen am 19. December sogar 3100 Ccm. Der Eiweissgehalt sank zum 19. December auf $2\frac{1}{2}$ pro mille, der Urin wurde klar und hellgelb, die Nierenepithelien und Cylinder schwanden aus demselben. Die Oedeme nahmen ab, ohne jedoch ganz zu verschwinden; der Ascites war schliesslich kaum mehr nachzuweisen; das Aussickern von Flüssigkeit aus der Haut des Bauches und der Beine hatte schon lange aufgehört. An den hinteren und unteren Lungenpartieen hellten sich die Dämpfungen allmählich auf, das Bronchialathmen schwand, die Rasselgeräusche verminderten sich: Husten und Auswurf liessen nach, die Durchfälle hörten auf und die Kräfte und die Stimmung hoben sich. Pat. nahm gern Milch, Hühnerbouillon, Zwieback, Milchbrei und Gelée zu sich. Die Incisionen am rechten Unterschenkel verheilen per granulationem.

Am 21. December entfernte ich die Trichterbinde vom linken Bein, nachdem sie vom 2. December, also 19 Tage lang gelegen hatte; die schwach granulirenden Incisionen wurden mit einem trockenen Druckverband bedeckt und verheilten in einigen Tagen.

Am 23. December verliess Pat. bedeutend gebessert das Krankenhaus, um sich zu Hause weiter behandeln zu lassen. Das Hautoedem der unteren Körperhälfte bestand zwar noch in mässigem Grade, aber Pat. war doch schon im Stande einige Schritte zu gehen; die Lungen liessen überall vesiculäres Athmen hören und zeigten nur am Rücken noch einzelne Rasselgeräusche. Der Urin wurde klar und in normalen Quantitäten entleert und enthielten 2—3 pro mille Eiweiss.

Vier Wochen später habe ich den Pat. zu Hause besucht. Er hatte bei vorwiegender Milchdiät täglich Schwitzbetten gebraucht, die nun reichliche Schweisse hervorriefen, und sich dabei gut erholt. Die Beine und Genitalien waren zu ihrem normalen Umfang zurückgekehrt und nur am Kreuz und an den Fussknöcheln war noch geringes Oedem vorhanden. Der Urin war klar, hellgelb, wurde in vergrösserten Quantitäten entleert (3000—3380 Ccm. täglich) und enthielt keine Cylinder; wohl aber waren noch immer beträchtliche Eiweissmengen vorhanden; im Tagesharn zuweilen 5 pro mille, im Nachtharn 1—2 pro mille.

Milz und Leber nicht nachweislich vergrössert, Appetit gut, Stuhl normal. Auf den Lungen keine Veränderungen zu finden. Pat. ging im Zimmer umher und hatte sich wieder an seine Studien gemacht, sah aber ziemlich blass und mager aus.

Wir haben es also mit einer im Verlauf einer schweren Malaria entstandenen parenchymatösen Nephritis zu thun, die zu einem sehr hochgradigen allgemeinen Hydrops geführt hatte. Da Milchdiät, Diuretin und eine energische Diaphorese nicht zum Ziele geführt hatten, entleerte ich zuerst 3800 Ccm. Ascitesflüssigkeit und sodann im Verlauf von 3 Tagen 7415 Ccm. Oedemflüssigkeit. Obgleich ich dadurch fürs Erste eine Besserung der Nierenfunction und des Allgemeinbefindens nicht erzielte, so war Patient doch so weit gebracht, dass er die Schwitzbetten, welche nun 11 Tage lang angewandt wurden, vertrug. Die letzteren wirkten günstig, indem während ihres Gebrauches die Urinsecretion wenigstens zeitweilig stieg und der Eiweissgehalt des Harns von 14 pro mille auf 4 pro mille absank. Das Allgemeinbefinden aber blieb nach wie vor höchst elend und die Oedeme verringerten sich nicht, der Ascites nahm sogar in dieser Zeit wieder zu. Es wurden daher durch eine wiederholte Abdominalpunction 2800 Ccm. Ascitesflüssigkeit entfernt und sodann am 2. December wiederum zur Hautincision und Anlegung der Trichterbinden geschritten. Dieselben lagen am linken Bein vom 2. bis zum 21. December, am rechten vom 7. bis 16. December. In der Zeit vom 2. bis 21. December, also in 19 Tagen, entleerten sich ins Gesammt 29,825 Ccm., also fast 30 Liter Flüssigkeit. Der Erfolg war ein überraschend günstiger. Der Hydrops nahm bis auf einen geringfügigen Rest ab, der Ascites schwand ganz, die Urinmenge wurde normal und schliesslich übernormal (3100 Ccm. pro die), der Eiweissgehalt sank auf $2\frac{1}{2}$ pro mille, die Harncylinder schwanden und Patient erholte sich zusehends, so dass er in ziemlich gutem Zustande das Hospital verliess.

Diesen günstigen Erfolg bei einem Kranken, den ich zu Anfang dem Tode nahe hielt, kann ich nur der nachhaltigen Wirkung dieser mechanischen Entleerung der hydropischen Flüssigkeiten zuschreiben. Denn während dieser Behandlung trat die endgiltige Besserung ein, welche wir vergeblich durch innere Medicamente und die diaphoretischen Wärmebetten zu erzielen uns bemüht hatten. Man wende nicht ein, dass ja schon während der Anwendung der Schwitzbetten die Urinmenge stieg und der Eiweissgehalt sank. Ich gebe diese Besserung der Nierenthätigkeit zu und glaube, dass dieselbe durch die Wärmebetten erzielt wurde; aber dieser Erfolg war doch nicht genügend, um die

Oedeme zum Schwinden zu bringen und den Kranken zu bessern. Vielmehr traten gerade um diese Zeit die bedenklichen Erscheinungen der Compression und Verdichtung beider Lungen ein und die ödematöse Haut begann zu nässen. Erst mit der mechanischen Entleerung der Oedeme gewann die Krankheit ein hoffnungsvolleres Aussehen und nahm einen relativ günstigen Ausgang.

Ich bedaure, dass ich nicht gleich das erste Mal, als ich die Trichterbinden anlegte, dieselben länger habe liegen lassen; vielleicht hätte ich die Besserung früher und rascher erzielt, wenn ich von Anfang an der Oedemflüssigkeit einen nachhaltigen Abfluss nach aussen geschaffen hätte.

Im Ganzen wurden durch mechanische Eingriffe folgende Flüssigkeitsmengen aus dem Körper des Kranken entfernt: durch

die erste Punction	3800 Ccm.	Ascitesflüssigkeit,
die erstmaligen Incisionen	7415 „	Oedemflüssigkeit,
die zweite Punction . . .	2800 „	Ascitesflüssigkeit.
die zweitmaligen Incisionen	29825 „	Oedemflüssigkeit.
Summa .	43840 Ccm.	

Also fast 44 Liter.

Ich kann mich leider nicht dessen rühmen, dass ich den Patienten gesund gemacht habe, wohl aber glaube ich, dass er ohne die mechanische Entleerung der hydropischen Flüssigkeit gestorben wäre. Die Krankheit nahm mit Hilfe dieser Behandlung denjenigen Ausgang, der nächst der vollen Genesung als der relativ günstige anzusehen ist, nämlich den in secundäre Nierenschrumpfung. Wenn nicht etwa eine amyloide Degeneration der schrumpfenden Nieren vorliegt, worauf vielleicht der bis zuletzt relativ hohe Eiweissgehalt des Urins sprechen dürfte, so können dem Kranken noch einige Jahre relativen Wohlseins beschieden sein.

Referate.

Robin: La phosphaturie terreuse des dyspeptiques. (Bull. de l'Acad. de Méd. 1900. Nr. 45).

R. erklärt die Phosphaturie als bedingt durch sehr starke Vermehrung des phosphorsauren Ca und Mg gegenüber dem Gesammtphosphor, und spricht dieses Verhalten als direct characteristisch für eine «Ueberactivität» des Nervensystems an. Seiner Meinung nach handelt es sich bei der Ph. immer um periodisch auftretende oder constant vorhandene Dyspepsie mit Hypersecretion. Das therapeutische Verhalten habe sich danach zu richten.

Wichert.

Protokoll des XII. Aerztetages

der Gesellschaft livländ. Aerzte in Wenden vom 31. August bis zum 2. September 1900.

Fünfte Sitzung.

Sonnabend den 2. September um 9 Uhr Morgens 1900.

1. Der Präses, Herr Dr. Treymann, spricht sein Bedauern aus, dass Herr Dr. Knüpffer-Reval, durch seine Praxis verhindert, nicht habe erscheinen können, und sein Vortrag daher ausfallen müsse.

2. Dr. Kupffer-Talkhof hält seinen angekündigten Vortrag „**Ueber einen Fall von Naturheilung von Extrauteringravidität**". (Erscheint in der St. Pet. Med. Wochenschr.), und demonstrirt ein hinzugehöriges Präparat.

3. Dr. Keilmann-Riga hält seinen angekündigten Vortrag „**Ueber Extrauteringravidität**", und demonstrirt ein hinzugehöriges Präparat. (Der Vortrag erscheint in der St. Petersb. Med. Wochenschr.).

Discussion:

Dr. Treymann, hat im Krankenhause zahlreiche Fälle von Hämatocele retrauterina gesehen, bei denen oft die Blutansammlung eine recht bedeutende war. Er hat bei veralteten Fällen von der Vagina aus oft operirt und behufs Sicherung der Diagnose vorher stets punctirt. Mit der von ihm angewandten gekrümmten Punctionsspritze ist er sehr zufrieden. Er hat nur einmal bei diesen Incisionen von der Vagina aus eine mässige, durch Tamponade gestillte Blutung erlebt, obwohl mitunter bis zu 1 Liter Blutcoagula sich entleerten. Die Höhle verkleinert sich nachher rasch (3–4 Wochen). Er zieht für veraltete Fälle den vaginalen Weg vor. andere Fälle erheischen den abdominalen Weg, eignen sich auch nicht für die exspectative Methode. Er referirt einige diesbezügliche Fälle aus der Praxis.

Dr. v. Knorre-Riga. Betreffs der ausgetragenen Extrauteringraviditäten muss bemerkt werden, dass sie zu den grössten Seltenheiten gehören und dass es sich wohl meist um Nebenhornschwangerschaften handelt. Er hat 5 Fälle, theils als Präparate, theils als klinische Fälle gesehen. Es handelte sich in allen diesen Fällen um Gravidität im atretischen Nebenhorn. Jenes bekannte Behse'sche Präparat in der Dorpater Frauenklinik ist früher als «Extrauteringravidität» gedeutet worden, hat sich aber in der Folge als Nebenhornschwangerschaft erwiesen. Auch in einem weiteren Fall, den Knorre in der Praxis mit Treymann zusammen erlebt hat, handelte es sich um diesen Befund. Ferner in 2 Fällen von Küstner und 2 weiteren eigenen Fällen.

Bezüglich der Therapie geben diese Fälle eine sehr günstige Prognose, da es sich um die Ligirung nur weniger Gefässe handelt, nebst Abtragung des Fruchthalters.

Bei der Extrauteringravidität ist es wichtig die Indication dem einzelnen Falle kunstgerecht anzupassen: viel hängt von der Zeit ab, in der man hinzugezogen wird. Wird man bei frischer Ruptur gerufen, so ist sofortiges operatives Eingreifen nöthig. Handelt es sich dagegen um einen Fall, wo die Ruptur schon vor längerer Zeit stattgefunden hatte, die acute Verblutungsgefahr schon vorbei ist, so kann man die Resorption abwarten. Besteht aber Fieber (Vereiterung der Hämatocele) so muss ebenfalls bald operirt werden. Bestehen weder Fieber noch Blutungen, so kann unter sorgfältiger Ueberwachung der Patientin abgewartet werden, um beim Auftreten bedrohlicher Erscheinungen rechtzeitig einzugreifen.

Die bei der Ruptur des Fruchtsackes erfolgende Blutung stammt meist aus der Spermatica und steht nach digitaler Compression derselben meist sofort.

Bezüglich der Auswahl des operativen Verfahrens wäre zu bemerken, dass die Franzosen und einige andere Autoren, z. B. Strauch in Moscau, die vaginalen Methoden bevorzugen. Strauch hat 48 Fälle operirt und davon keinen verloren. Dührssen giebt der Laparotomie den Vorzug, obwohl er sonst gern vaginal operirt, ebenso Leopold und Landau, der ein sehr tüchtiger Chirurg ist und stets die vaginalen Methoden bevorzugt. Auch Knorre hält den abdominalen Weg für denjenigen, dem unbedingt der Vorzug zu geben ist, da er allein eine klare Uebersicht gestattet.

Dr. Treymann wird doch in vielen Fällen der vaginalen Methode den Vorzug geben, je nach dem vorliegenden Falle. Er referirt über einige Fälle, wo die vaginale Methode mit Erfolg in Anwendung kam.

Gegen die von Knorre ausgesprochene Behauptung glaubt Treymann anführen zu müssen, dass es doch ausgetragene echte Extrauteringraviditäten giebt.

Prof. Kessler. Bezüglich des zu wählenden operativen Verfahrens ist auch er principiell für den abdominalen Weg. Die Uebersichtlichkeit des Operationsfeldes ist von so grosser Wichtigkeit, dass man sich lieber für die Laparotomie entscheidet. Was man ferner im Auslande von vaginalen Methoden sieht, fordert nicht immer zur Nachahmung auf. Aber dennoch giebt es Fälle, wo man sich nicht sofort entscheiden kann. Solche können bei exspectativem Verhalten gut verlaufen, obwohl anfänglich ein operatives Verfahren genügend indicirt schien.

Dr. Keilmann constatirt, dass im Wesentlichen eine Uebereinstimmung der Anschauungen herrscht, sofern der abdominale Weg principiell als der vorzuziehende angesehen wird. Die Fälle, für die, wie von Dr. Treymann hervor gehoben wurde, doch der vaginale Weg zu wählen ist, sind im Wesentlichen Hämatocelen, deren Entleerung per vaginam erstrebt wird. Wo aber die Extrauteringravidität, welche nach den meisten Autoren, auch Küstner, allein die Ursache der Hämatocele zu sein pflegt, noch nicht abgelaufen ist, da würde man sich mit der vaginalen Entleerung des Blutsackes nicht begnügen können, denn sie würde nur ein

symptomatisches Verfahren darstellen. Da aber die bestehende Extrauteringravidität in diesen Fällen im Wesentlichen die chirurgische Behandlung erheischt, nicht die Hämatocele allein, so ist der abdominale Weg vorzuziehen.

Dr. Treymann weist darauf hin, wie häufig man durch den Einspruch der Patienten oder der Angehörigen derselben in die Lage kommt, ein radicaleres Vorgehen, das man für richtig erkannt hat, einem mehr symptomatischen Verfahren zum Opfer zu bringen, ganz abgesehen von der Schwierigkeit der Fälle und der unsicheren Prognose des ferneren Verlaufs, der zukünftigen Graviditäten etc.

Dr. Keilmann giebt den zwingenden Einfluss der äusseren Verhältnisse auf ärztliche Massnahmen zu. Seine Ausführungen beziehen sich nur auf die principielle Seite der Frage.

4. Dr. Wolfram-Riga. hält seinen angekündigten Vortrag: «Referat über eine Gastrectomirte» und demonstrirt die von ihm operirte Patientin, sowie das hinzugehörige Präparat. (Der Vortrag erscheint in der Berliner Klinischen Wochenschrift).

Dr. Wolfram demonstriert eine Frau von 61 Jahren, bei welcher er vor 7 Monaten am 26. Januar 1900 den Magen in Folge eines Carcinoms exstirpirt hat. Nach Untersuchungen von Herrn Dr. Schabert, Prosector am Rigaschen Stadtkrankenhause lässt sich am Präparat nicht Plattenepithel nachweisen, somit ist der Oesophagus nicht durch den abtragenden Schnitt getroffen worden, sondern der Magen noch im Bereiche der Cardia abgetragen worden, trotzdem die Verhältnisse bei der Operation ein Mitfassen des Oesophagus im Bereiche der kl. Curvatur annehmen liessen. Das Carcinom nimmt die ganze kleine Curvatur ein und reicht hart bis zum Pylorus, sodass der abtragende Schnitt noch etwa 2 cm. unterhalb der Pylorus im Duodenum verläuft. Zwei verdächtige Mesenterialdrüsen mussten auch entfernt werden. Der durch Reste der Cardia verlängerte in seinem Lumen, durch eine seitliche Naht scheinbar verengte Oesophagus wurde vermittelst eines Morphyknopfes mit einer bequem liegenden, einen Meter oder mehr weit vom Duodenum entfernten Dünndarmschlinge vereinigt. Das Duodenum ist als Blindsack versenkt.

Patientin ist mit ihrem Zustande durchaus zufrieden und zeigt ganz normales Verhalten, nur dass sie die Nahrung öfters als früher und in kleineren Quantitäten zu sich nehmen muss. Koth und Urin sind normal (Dr. Senje) Blutbeschaffenheit bessert sich (Dr. Feiertag). Recidiv ist nicht nachzuweisen und hat Operirte ca. 11 Pf. zugenommen.

Der Präses dankt dem Vortragenden für die Vorführung des höchst interessanten und seltenen Falles.

5. Prof. Dehio macht eine kurze Mittheilung im Anschluss an den Rechenschaftsbericht der Gesellsch. zur Bekämpfung der Lepra.

Prof. Dehio vertheilt unter die Anwesenden Exemplare des von Dr. Erasmus verfassten Buches: «Statistische Daten über die Leprösen Livlands» (in russ. Sprache). Die Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra hat die Absicht die im Buch enthaltene Liste der Leprösen Livlands allen Aerzten zukommen zu lassen damit weiterhin Notizen gemacht und die Listen vervollständigt werden können. Die beiden Tabellen zeigen die Verbreitung der Lepra im Verhältniss zur Dichtigkeit der Bevölkerung.

Es ist ein neues Leprosorium in Tarwast eröffnet worden, sodass augenblicklich 285 Kranke untergebracht werden können. Die Bevölkerung des Landes, auf deren Entgegenkommen man hoffte, da man ihr ja die Gelegenheit gab, sich von ihren Leprösen zu befreien, hat diese Hoffnung nicht erfüllt; dieses beweist die nur theilweise Besetzung der vorhandenen Betten. Es erscheint daher dringend nöthig noch mehr auf das Volk zu wirken. Zu diesem Zweck ist ein Mittel zu empfehlen, welches in Norwegen sich sehr gut bewährt hat: die Creirung von Aerzten, die über das Vorhandensein von Leprösen zu wachen, solche anzuzeigen und dafür zu sorgen haben, dass die Leprösen untergebracht werden. Es sollen nun 2 Aerzte zu diesem Zweck gagirt werden: ein lettisch und ein estnisch sprechender, die ihre Functionen in folgender Weise zu erfüllen hätten: Bereisung des Gouvernements, um die Leprösen in die Leprosorien zu dirigiren. Die Aerzte sollen das Recht haben sich an die Gemeindeverwaltungen zu wenden, um dafür zu sorgen, dass die Leprösen internirt werden. Wenn auch Viele wieder weglaufen würden, so würden sie doch immer von Neuem internirt werden können, und man würde doch die Schlimmsten ausscheiden.

Die 2. Aufgabe der beiden Aerzte wäre: nach Möglichkeit dafür zu sorgen, dass die Leprösen soweit es geht, im Hause isolirt würden, z. B. durch Gebrauch eigenen Koch- und Essgeschirrs, besonders Kleider, Wäsche etc.

Die 3. Aufgabe wäre: die gesunde Bevölkerung über die Gefahr der Lepra aufzuklären und zu belehren. Zeitungen und Flugblätter, welche existiren, haben allerdings meist tauben Ohren gepredigt. Es würde aber schon genügen, wenn wenigstens die Bewohner desselben Gehöftes auf die Gefahren aufmerksam gemacht würden. Damit allein wäre schon viel erreicht.

Prof. Dehio fordert die Collegen auf recht fleissig die im Gebiete des Einzelnen vorkommenden Leprafälle zu sammeln, anzuzeigen, und damit Gelegenheit zu geben, Massnahmen gegen die Verbreitung dieser Seuche zu treffen.

6. Dr. Ischreyt-Libau hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber einige seltene Formen von Secundär-Glaucom», mit pathologisch-anatomischen Demonstrationen.

I. Der erste Fall betrifft eine Frau, deren Auge seit vielen Jahren blind, aber nicht schmerzhaft gewesen ist. Als sich die Patientin vorstellte, bestand ein Status glaucomatosus mit $T+3$, $V=0$, starken Schmerzen und Hyphhaema in der Vorderkammer. Es lag ein leiser Verdacht auf Tumor intraocularis vor. Die mikroscopische Untersuchung zeigte, dass die gröbere Topographie annähernd normal war: Die V. K. war vorhanden, die Linse lag an ihrer richtigen Stelle. Die stark degenerirte Netzhaut war allerdings abgelöst, der Binnenraum des Auges enthielt aber weder einen Tumor noch eine Blutung. Von den feineren Veränderungen fanden sich die wichtigsten im vorderen Bulbusabschnitt. Der Kammerwinkel war nämlich auf ca. 1 mm. angefüllt mit einer compacten Blutmasse; soweit diese reichte, hatte eine stärkere Annäherung der Iris an die Cornea stattgefunden, so dass die Kammer an dieser Stelle spaltförmig wurde. Von der Kammer aus waren die rothen Blutkörper in die Lücken des Lig. pectinatum gedrungen und hatten diese in grosser Ausdehnung verstopft. Der für den Abfluss des Kammerwassers so wichtige Schlemm'sche Venenplexus ist nahezu überall collabirt und obliterirt. Es ist naheliegend die Drucksteigerung mit der Verstopfung der vorderen Abflusswege in Zusammenhang zu bringen. Derartige Veränderungen können nicht ohne Einfluss auf den Flüssigkeitswechsel des Auges bleiben und zwar muss sich ihr Einfluss im Sinne einer Druckerhöhung geltend machen. Man darf also keinesfalls die Möglichkeit in Abrede stellen, dass die Drucksteigerung hier auf die Verstopfung durch das Blut zurückzuführen sei, wenn sich auch diese Annahme weder klinisch noch pathologisch-anatomisch strict beweisen lässt.

II. Bei dem 2. Fall handelte es sich um eine traumatische Subluxation der Linse in dem Auge eines 50-jährigen Mannes, welche in Jahresfrist zu einem Status glaucomatosus geführt hatte. Bei der mikroscopischen Untersuchung zeigte es sich, dass die Randtheile der Hornhaut und die angrenzende Sklera eine hochgradige Dehnung erfahren hatten. Die Bulbuswand war sehr stark verdünnt, die Sklerabündel z. Th. sogar gerissen. Der ciliare Theil der Iris war mit der Cornea und Sklera auf eine Strecke von 2—3 mm. verlöthet, der Kammerwinkel infolge dessen völlig obliterirt, der Schlemm'sche Venenplexus überhaupt nicht mehr mit Sicherheit nachzuweisen. Die Linse ist nach oben und aussen dislocirt, da unten und innen die Zonula gerissen war. — In diesem Falle besteht die Aufgabe der Epikrise darin, die Beziehungen zwischen der Linsensubluxation und der Drucksteigerung festzustellen. Folgende Schlussfolgerung scheint mir am nächstliegenden zu sein: Die hin- und herschlotternde Linse zerrte continuirlich an den gefässreichen Ciliarfortsätzen und regte eine Hyperämie derselben an. Dieselbe setzte sich auf die benachbarten Gefässgebiete der Limbusgegend und Iris fort und führte zu einem Austritt von Rundzellen und Plasma aus den Gefässen in das umliegende Gewebe. In der Sklera ist noch jetzt eine ganz aussergewöhnliche Durchtränkung mit Blutbestandtheilen festzustellen; nun ist es nicht unwahrscheinlich, dass sich diese entzündlichen Erscheinungen bis auf die Umgebung des Kammerwinkels fortgesetzt und zu einer Verlöthung desselben geführt hatte.

III. Bei dem 3. Falle handelte es sich um ein Auge, welches den Status glaucomatosus aufwies und einen intraoculären Tumor vortäuschte. Mikroscopisch fand sich folgendes: Iris und Linse liegen an ihrer normalen Stelle, die vordere Kammer ist nirgends aufgehoben, der Kammerwinkel stellenweise sogar geringer als normal. Im Glaskörper findet sich eine umfangreiche Blutung. Die Netzhaut und Aderhaut sind von der Sklera abgelöst und umschliessen den blutdurchtränkten Glaskörper. Die Aderhautvenen sind im Allgemeinen stark gefüllt und erweitert; da durch die Ablösung der Aderhaut eine ganz bedeutende Abknickung der abführenden Wirbelvenen stattgefunden hat, lässt sich die venöse Hyperämie sehr gut verstehen. In derselben Weise lässt sich wohl auch das colossale Oedem des Ciliarkörpers und der Iris erklären, da das venöse Blut dieser Theile ebenfalls durch die Wirbelvenen abfliesst. Die vorderen Abflusswege des Kammerwassers sind nicht verlegt, weder durch Blut verstopft, noch durch zellige Infiltration obliterirt, es fällt aber an den Endothelien das Lig. pectinatum eine starke Pigmenteinlagerung auf. — Die freie vordere Passage macht eine Beurtheilung dieses Falles ganz besonders schwierig. Vielleicht liesse sich

folgendes annehmen: Die Blutung führte zu einer Abhebung der Aderhaut und zu einer Abknickung der Wirbelvenen; da hierdurch eine allgemeine Hyperämie der Uvea entstand, musste es auch zu einer stärkeren Secretion von Kammerwasser kommen. Zugleich können die veränderten Ernährungsbedingungen eine Schädigung der Abflusswege bewirkt haben; beide Momente wirkten zusammen und liessen es zu einer Stauung und Druckerhöhung kommen (eine genau Beschreibung des Falles II erfolgt im XLII Bd. des Arch. f. Augenheilkunde unter dem Titel: «Zur pathologischen Anatomie des Secundärglaukoms nach Linsen-Subluxation». Fall I und III werden gemeinsam mit anderen Fällen von haemorrhagischem Glaukom veröffentlicht werden).

(Autoreferat).

Discussion:

Dr. v. Krüdener bittet um einige Bemerkungen über die beiden ersten Fälle, betreffs des Verhaltens der Venae vorticosae und fragt, ob der Circulus arteriosus iridis noch nachweisbar war.

Dr. Ischreyt: Das Gefässsystem der Chorioidea zeigte in allen drei Fällen eine ziemlich ausgebreitete Endarteritis, die vielleicht als compensatorisch gedeutet werden könnte. An den Vortexvenen liessen sich keine Obliterationen feststellen. Der Circulus iridis major war im 2. Falle nicht vorhanden, in beiden anderen Fällen degegen meist gut gefüllt.

7. Dr. v. Krüdener-Riga hält seinen angekündigten Vortrag **«Verletzungen des Auges durch metallisehe Fremdkörper und Extraction derselben»**. Im Anschluss an den Vortrag demonstrirt Dr. v. Krüdener den Sideroscopen und eine Reihe von Präparaten. (Der Vortrag erscheint in der St. Petersburger Med. Wochenschrift).

8. Dr. Th. Werncke-Jurjew (Dorpat), hält seinen angekündigten Vortrag **«Ueber Dakryocystitis»**, mit Demonstration von Präparaten. (Der Vortrag erscheint in der St. Petersb. Med. Wochenschrift).

Discussion:

Dr. Johannson-Riga, referirt über die Resultate bei 12 Fällen von Eisenfremdkörpern im Bulbus. Es handelte sich in 6 Fällen um Fremdkörper im Glaskörper, 2 mal um Fremdkörper in oder an der Retina, ferner:

in der Linse	1	Fremdkörper
in der Kammerbucht . . .	1	»
in der Iris und in der Linse	1	»
im Sehnerven	1	»

Der Fremdkörper im Sehnerven war sehr klein und liess sich sideroscopisch nicht nachweisen. In 4 anderen Fällen war der Nachweis gelungen. Der kleine Fremdkörper im Sehnerv führte später zur Reduction der Sehschärfe ($^1/_6$) und Einengung des Gesichtsfeldes mit ringförmigem Skotom. Das Resultat bei den Fremdkörpern im Glaskörper (6 Fälle) war:

1) Atrophia bulbi.
2) Enucleatio bulbi.
3) V. = Fingerzählen in 1 Meter.
4) V. = $^1/_{15}$.
5) V. = $^1/_4$.
6) V. = $^1/_2$.

ferner:

7)	Fremdkörper	im Sehnerv,	V. = $^1/_6$.
8)	»	in der Retina,	V. = $^1/_6$.
9)	»	» » »	V. = $^4/_5$.
10)	»	» » Linse	V. = $^1/_3$.
11)	»	» » Kammerb.	V. = $^4/_5$.
12)	»	in Iris u. Linse	V. = $^1/_5$.

Dr. Mickwitz-Törwa möchte Dr. Werncke um Aufklärung bitten, ob die Diagnose des Trachoms des Thränensackes in vivo möglich sei, oder ob wir sie nur bei Vorhandensein von Trachom der Conjunctiva eo ipso annehmen müssen, und wie wir uns ferner in Betreff der Therapie zu verhalten haben, die doch äusserst wichtig wäre, da das Trachom nach Werncke also nicht nur die Gefahr für Entstehung von Dakryocystitis acuta, sondern auch die Reinfection der eventuell schon geheilten Conjunctiva involvirt.

Dr. Wernck e: Die Trachombehandlungsmethoden für den Thränensack können sich leider nur auf Spülungen mit verschiedenen Lösungen, z. B. Cuprumlösung, erstrecken und versagen diese Methoden leider vollständig in den Fällen, wo eine Quetschpincette, scharfer Löffel oder Pinsel in Betracht kommen müssten.

Dr. v. Krüdener: Nach den Darlegungen des Collegen Werncke möchte es erscheinen, als wäre das Trachom die einzige Ursache für die Thränensackserkrankungen. Dieses ist nicht der Fall. Die grosse Mehrzahl derselben verläuft ohne Trachom. Nasenerkrankungen, Infectionen der verschiedensten Art, fortgeleitete entzündliche Processe, Scrophulose, Ozaena etc. rufen Dakryocystitis hervor. Ich erkläre mir Dr. Wernck e's Ansicht nur daraus, dass er an einem hervorragend trachomatösen Krankenmaterial gearbeitet hat.

Dr. Werncke: Die Angaben und Untersuchungen habe ich, wie schon erwähnt, neben Gewebsuntersuchungen auch an rein statistischem Material gewonnen. Es ist wohl möglich, dass das grosse Trachommaterial in Dorpat (ca. 30–35% sämtlicher Patienten) die Zahlen des Trachoms bei Dakryocystitis acuta in die Höhe getrieben hat und dass bei vielen trachomatösen Bindehauterkrankungen sich zufällig eine Dakryocystitis acuta fand, aber es ist andererseits auch auffallend, wie häufig ich Trachom des Thränensackes bei der histologischen Untersuchung gefunden habe. Dass die Dakryocystitis acuta neben Trachom auch andere Ursachen haben kann, schliesst meine Untersuchung nicht aus.

Nach einigen Schlussworten erklärt der Präses die Tagesordnung des diesjährigen Aerztetages für erledigt, woranf Kreisarzt Dr. Gähtgens im Auftrage der Medicinalverwaltung den XII. livländischen Aerztetag für geschlossen erklärt.

Dr. med. G. Weidenbaum
d. Z. Secretär.

Professor Dr. W. Manassein †.

Ein schwerer Verlust hat die russische medicinische Journalistik durch den Tod eines ihrer hervorragendsten Vertreter betroffen. Am 13. Februar verschied hierselbst der bekannte ehemalige Professor der militär-medicinischen Academie und verdienstvolle Begründer und Redacteur der hiesigen im Ricker'schen Verlage erscheinenden medicinischen Wochenschrift «Wratsch», Geheimrath Dr. Wjatscheslaw Manassein, an Gehirnapoplexie im Alter von nahezu 60 Jahren. Zu Kasan am 3. März 1841 geboren, widmete sich M. dem Studium der Medicin an den Universitäten Dorpat (wo er von 1861–64 studirte), Kasan, Moskau und zuletzt an der medico-chirurgischen Academie, an welcher er 1866 auch den Arztgrad erlangte. Nach weiterer Vervollkommnung auf deutschen Universitäten (Berlin, Tübingen, Wien), habilitirte er sich als Docent an der medico-chirurgischen Academie, an welcher er 1877 den Lehrstuhl der allgemeinen Therapie erhielt und später zum Professor der speciellen Pathologie und Therapie und Leiter der propädeutischen Klinik ernannt wurde. Im December 1891 verabschiedete er sich von seinen Zuhörern, da er nach Ausdienung der 25-jährigen Dienstfrist seine Lehrthätigkeit an der Academie aufgab und sich ganz der von ihm begründeten Zeitschrift «Wratsch» widmen wollte. Obschon Prof. Manassein sich damals in voller Manneskraft befand — er zählte erst 51 Jahre — hielt er es doch, wie er sich bei verschiedenen Gelegenheiten geäussert hat, für seine Pflicht, jüngeren frischen Kräften den Platz zu räumen. Von Prof. Manassein stammen, namentlich aus der Zeit seiner Lehrthätigkeit eine ganze Reihe werthvoller Arbeiten, so seine «Vorlesungen über allgemeine Therapie»; «Ueber das Hungern»; «Ueber die aetiologische und therapeutische Bedeutung der psychischen Einflüsse»; «Beiträge zur Fieberlehre» (deutsch). Seine werthvollste und erfolgreichste Arbeit aber, die ihm einen Namen in der medicinischen Journalistik für immer sichert, bleibt seine redactionelle Arbeit am «Wratsch», den er zu seltenem Aufschwung gebracht hat. Wir erinnern uns, in Folge unserer langjährigen Mitarbeit an der St. Petersb. Med. Wochenschrift. noch recht gut, dass vor 21 Jahren, als der «Wratsch» das Licht der Welt erblickte, bereits seit einiger Zeit vier russische med. Wochenschriften (Sowremenaja Medizina, Moskowskaja medizinskaja Gaseta, Medizinski Westnik und Wratschebnyja Wedomosti) existirten, die aber alle nach dem Erscheinen des «Wratsch» allmählich eingegangen sind. In neuerer Zeit sind, dem Bedürfniss entsprechend, zwar wieder mehrere neue, durchaus achtbare russische medicinische Wochenschriften gegründet worden, doch hat der «Wratsch» nach wie vor seine dominirende Stellung in jeder Beziehung unter ihnen behauptet.

Bf.

Vermischtes.

— Der Ober-Militär-Medicinalinspector, wirkl. Geheimrath Dr. Remmert, hat nach erfolgter Rückkehr die Functionen seines Amtes wieder übernommen.

— Der Director des Klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna, berathendes Mitglied des Militär-Medicinischen Gelehrten Comités und des Medicinalraths, Ehren-Friedensrichter des Poltawaschen Kreises Geheimrath Dr. Sklifossowski ist zum Mitgliede des Conseils der Kaiserl. Philanthropischen Gesellschaft ernannt worden, unter Belassung in seinen übrigen Stellungen und Würden.

— Vor Kurzem beging der Oberarzt der hiesigen Pawlowschen Militärschule, wirkl. Staatsrath Dr. Gregor Prosorow, das 40jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit.

— In den nächsten Tagen vollenden sich 25 Jahre der ärztlichen Thätigkeit des Professors der Syphilidologie und Dermatologie an der Moskauer Universität, wirkl. Staatsraths Dr. A. Pospelow. Der Jubilar ist zugleich Oberarzt des städtischen Mjasnizki-Hospitals für syphilitische Kranke, an welchem er die syphilidologischen und dermatologischen Curse für die Studenten der medicinischen Facultät abhält. Seit der Gründung der Moskauer venerologischen und dermatologischen Gesellschaft (1891) fungirt P. auch als Präsident derselben.

— In St. Petersburg ist neuerdings der Posten eines älteren Stadtarztes creirt, dem die Aufsicht über das städtische Sanitätswesen und namentlich die epidemischen Krankheiten obliegen wird. Auf diesen Posten ist der bisherige Sanitätsarzt des Roshdestwenski-Stadttheils Dr. Wersheiski gewählt worden.

— Befördert für Auszeichnung im Dienst: Zum wirklichen Staatsrath — der ältere Arzt der Nikolai-Ingenieur-Academie Dr. Ludwig Schröder; der Oberarzt des örtlichen Militärlazareths in Zarskoje Sselo Dr. Unterberger, und der Gebiets-Medicinalinspector des Donischen Kosakenheeres, Dr. Horbazewitsch.

— Verstorben: 1) Am 9. Februar in Kertsch der dortige praktische Arzt Dr. Alphons Schaur im 62. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Kurland und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1858–66 studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde bekleidete er den Stadtarztposten in Bauske, siedelte aber bereits 1869 nach Kertsch über, wo er bis zu seinem Lebensende als praktischer Arzt thätig war. — 2) In St. Petersburg der Brigadearzt der 50. Reserve-Infanteriebrigade, Staatsrath Dr. Michael Shilkin. Die ärztliche Praxis hat er seit 1868 ausgeübt. — 3) In Moskau der Arzt des Moskau'schen landwirthschaftlichen Instituts Petrowskoje-Rasumowskoje, Dr. I. J. Kondakow, im Alter von 53 Jahren. Der Verstorbene war nach Absolvirung des Cursus an der medico-chirurgischen Academie im Jahre 1874 anfangs Landschaftsarzt im Gouvernement Rjasan, dann während des russisch-türkischen Krieges 1877—78 Ordinator am Nikolai-Hospital des «Rothen Kreuzes» und zuletzt Arzt am Krankenhause des obengenannten Instituts.

— Zu Ehren des Professors der medicinischen Chemie, wirkl. Staatsrath Dr. A. I. Danilewski fand am 12. Februar anlässlich seines 30jährigen Jubiläums als Professor eine interne Feier im Auditorium der Militär-Medicinischen Academie statt.

— Professor Dr. Theodor Rumpf, Director des Hamburger Neuen allgemeinen Krankenhauses in Eppendorf, legt zum 1. April sein Amt nieder. Er beabsichtigt nach Bonn überzusiedeln und sich in der dortigen medicinischen Facultät, welcher er bereits von 1882–88 angehört hat, als Docent zu habilitiren. (Allg. med. C.-Ztg.)

— Die Section der Leiche Pettenkofer's, welche von Prof. Dr. Bollinger in München ausgeführt wurde, hat ausser einer sofort tödtlichen Schussverletzung des Schädels und Gehirns als die wichtigsten Befunde eine hochgradige chronische Entzündung und bedeutende Verdickung und Verwachsung der harten Hirnhaut ergeben, ferner eine sehr starke Verkalkung der mittleren und grossen Arterien des Gehirns. Die Ernährungsstörung des Gehirns, die erfahrungsmässig mit derartigen Veränderungen der Hirnhäute und der Blutgefässe des Gehirns verbunden ist, war offenbar durch eine einige Wochen vor dem Tode aufgetretene wenn auch bereits abgelaufene septische Entzündung der Mund- und Rachenhöhlenschleimhaut ungünstig beeinflusst worden. Als deprimirendes Moment mag auch noch eine bei der Section constatirte chronische Entzündung des rechten Kniegelenks angesehen werden, die seit 2 Jahren viel Beschwerden machte. Nach diesem Ergebniss der Obduction hätte der Dahingeschiedene wohl auch bei natürlichem Ablauf der Dinge keine lange Lebensdauer mehr gehabt.

— Zum Nachfolger des nach Kiew übersiedelnden Professor Muratow auf dem Lehrstuhl der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität Jurjew (Dorpat) ist, wie der «Rish. Westn.» erfährt, der Privatdocent der Militär-Medicinischen Academie Dr. W. Massen in Aussicht genommen.

— Der vor Kurzem verstorbene Moskauer Apotheker J. Keller hat der Moskauer Universität 10,000 Rbl. und der medico-philantropischen Gesellschaft in Moskau 5000 Rbl. testamentarisch vermacht.

— Der VII. Congress der deutschen dermatologischen Gesellschaft wird in Breslau am 28., 29. und 30. Mai n. St. abgehalten werden. Der Schwerpunct des Congresses wird auf Demonstrationen von Kranken gelegt werden. Auf dem Congress sind unter Anderem Referate über Röntgentherapie durch Dr. Schiff aus Wien und über Finsentherapie durch Professor Finsen aus Kopenhagen in Aussicht genommen. Mit der Geschäftsführung ist Prof. A. Neisser in Breslau betraut.

— Die neuerrichtete Colonie für Geisteskranke der Nishni-Nowgoroder Gouvernements-Landschaft ist am 10. Februar eingeweiht und ihrer Bestimmung übergeben worden. Die Colonie, welche für 80 Kranke eingerichtet ist, befindet sich 10 Werst entfernt von Nishni-Nowgorod und verfügt über ein Grundstück von 50 Dessjatinen, welches der Landschaft von dem Nishni-Nowgoroder Philanthropen I. M. Rukawischnikow zu diesem Zweck geschenkt worden ist. I. M. Rukawischnikow hat ausser diesem Grundstück im Werthe von 7000 Rbl. noch 13,000 Rbl. in baarem Gelde gespendet und sind noch weitere Spenden im Betrage von 16,000 Rbl. für die Colonie von sechs anderen Personen gemacht worden.

— Pestnachrichten. In Capstadt macht die Seuche weitere Fortschritte. Bis zum 13. (26.) Februar sind dort 31 Personen, darunter 6 Europäer an der Pest erkrankt, und 6 gestorben, darunter 1 Europäer. 24 Fälle, darunter mehrere sehr schwere, stehen noch in ärztlicher Behandlung. Am 13. (26.) Februar wurden 2 neue Erkrankungen aus der Stadt gemeldet. 25 Europäer und 134 Eingeborene, welche mit den Pestkranken in Berührung gekommen waren, befinden sich auf der Isolirstation unter ärztlicher Beobachtung. — In der Stadt Bombay sind nach einem Bericht vom 13. (26.) Februar in den letzten zwei Tagen 800 Personen gestorben, darunter 400 an der Pest.

— Von der Commission zur Verhütung der Pest wird ergänzend mitgetheilt, dass in der Ansiedelung Karakuga seit dem 8. Januar keine neuen Erkrankungen weiter vorgekommen sind, nachdem die Epidemie dort im Ganzen 13 Opfer gefordert. Am 19. Januar war die letzte Kranke (ein 12jähriges Mädchen) genesen und wurde daher nach erfolgter Desinfection der Ortschaft am 4. Februar der Cordon aufgehoben. Es kann somit die im Rayon der Südost-Gouvernements Russlands ausgebrochene Epidemie als erloschen angesehen werden.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 4. Febr. d. J. 8986 (95 wen. als in der Vorw.), darunter 437 Typhus — (3 wen.), 423 Scharlach — (2 wen.), 125 Diphtherie — (18 wen.), 82 Masern — (5 wen.), 12 Pockenkranke — (1 wen. als in der Vorwoche).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 28. Januar bis zum 3. Februar 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
334	271	605	178	92	127	24	12	18	63	43	63	32	44	28	8	0

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 9, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 4, Scharlach 19, Diphtherie 35, Croup 2, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 13, Erysipelas 4, Grippe 3, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 104, Tuberculose anderer Organe 18, Alkoholismus und Delirium tremens 2, Lebensschwäche und Atrophia infantum 56, Marasmus senilis 18, Krankheiten der Verdauungsorgane 52, Todtgeborene 39.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 20. Febr. 1901.

Tagesordnung: O. Moritz: Ueber die körnige Degeneration der rothen Blutkörperchen.

Diejenigen Herren, welche sich am 6. März nach der Vereinssitzung an der geplanten geselligen Vereinigung zu betheiligen wünschen, werden gebeten sich möglichst bald bei Dr. Wanach zu melden.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 12. März 1901

Довв. ценз. Спб., 17 Февраля 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15

XXVI. JAHRGANG **ST. PETERSBURGER** Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 8 St. Petersburg, (9. März) 24. Februar **1901**

Dreizehnter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte

Der XIII. Aerztetag der Gesellschaft Livl. Aerzte wird in Riga am 19., 20. und 21. Juni a. c. stattfinden.

Diejenigen Collegen, welche Vorträge zu halten wünschen, werden gebeten, die Themata mit kurzer Inhaltsangabe an mich gelangen zu lassen.

d. Z. Präses der Gesellschaft Livländ. Aerzte.
Dr. M. Treymann
(Riga, gr. Königsstrasse Nr. 11, I).

Ueber Pulscurven und deren diagnostischen Werth bei Herzfehlern und Gefässerkrankungen.

Von
Dr. med. J. Grünberg
in Riga.

(Vortrag, gehalten am 31. August 1900 auf dem XII. livländischen Aerztetage in Wenden.)

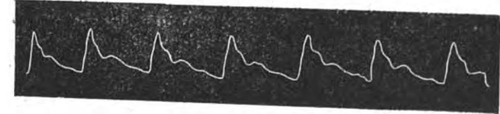
M. H.! Dass die Diagnose der Herz- und Gefässkrankheiten trotz Ausbildung der physikalischen Untersuchungsmethoden noch nicht die wünschenswerthe Sicherheit erlangt hat, wird uns wohl verständlich, wenn wir alle die möglichen Täuschungen bei der Percussion und die Vieldeutigkeit der Herzgeräusche uns vergegenwärtigen, wenn wir vor Allem bedenken, dass ein grosser Theil der Circulationskrankheiten verläuft, ohne überhaupt, wenigstens in den früheren Perioden der Krankheit, ein der Percussion und Auscultation zugängliches Substrat zu liefern. Hier bleibt uns oft als Angriffspunct für die Untersuchung nur der Puls. Dieser ermöglicht uns häufig sehr wichtige Einblicke in die Functionen der Organe und gestattet uns so ein Urtheil über die Leistungsfähigkeit derselben, was, wie schon Altmeister Stokes immer wieder betont und wie es neuere Forscher durch Ausbildung besonderer functioneller Untersuchungsmethoden erstreben, für Prognose und Therapie der Circulationskrankheiten oft werthvoller ist als die minutiöseste anatomische Diagnose, welche letztere freilich auch nicht wenig durch eine exacte Pulsuntersuchung gefördert wird. Dass die palpatorische Untersuchung des Pulses allein, trotz ihres hohen praktischen Werthes, doch nicht alle Charaktere und feineren Nüancirungen desselben, worauf es hauptsächlich ankommt, erkennen lässt, ist nie ernstlich bestritten worden. Da möchte ich denn heute des Sphygmographen gedenken, welcher als diagnostisches Hilfsmittel wohl nicht allgemein die ihm gebührende Beachtung findet, was sich ungezwungen aus manchen technischen Schwierigkeiten bei Anwendung des Apparates erklären lässt, besonders aber dadurch, dass der Sphygmograph bei mangelhafter Uebung recht unbefriedigende, vor Allem nicht eindeutige Pulsbilder giebt, wie überhaupt die Deutung der Curven nicht immer eine leichte ist. Auch ist zu betonen, dass man bei Beurtheilung des Werthes der sphygmographischen Pulsuntersuchung, wie das häufig geschieht, nicht das Hauptgewicht auf die Darstellung von Curven bei Klappenfehlern legen sollte; denn hier geben schon die anderen Untersuchungsmethoden recht befriedigende Resultate, wenn auch freilich die Fälle nicht selten sind, in denen erst der Sphygmograph den Ausschlag giebt. Der Hauptwerth des Sphygmographen wäre trotzdem auf jene Fälle zu beziehen, in welchen die anderen Methoden wenig oder garnichts Sicheres eruiren lassen und doch Vieles auf eine Erkrankung des Herzens, der Gefässe oder auch der Niere hinweist. In solchen oft gar schwierigen Fällen kann uns der Sphygmograph ein treuer Berather werden, ganz besonders natürlich im Verein mit Blutdruckmessungen.

Mein heutiger Plan ist, den Herren eine Sammlung möglichst charakteristischer Curven[1]) aus den verschiedenen Krankheitsgruppen vorzulegen und Einiges zur Erklärung der einzelnen Formen vorauszuschicken. Die Curven sind mit dem Dudgeon'schen Apparat hergestellt, nur ein Theil derselben, die der Giessener Klinik entstammen, mit dem Riegel'schen.

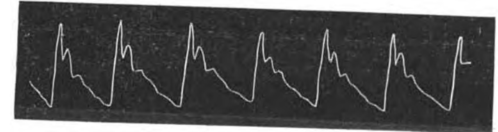
[1]) Von den Curven kann zum Abdruck natürlich nur eine kleine Auslese kommen.

Um kurz Bekanntes zu recapituliren, bestehen die Pulscurven aus einem aufsteigenden und einem absteigenden Schenkel, welche beide den normaliter spitzen Curvengipfel bilden. Der aufsteigende Schenkel erhebt sich fast senkrecht als eine nahezu grade Linie, der absteigende zeigt mehrere Erhebungen, von denen praktisch nur die zwei oberen, die bei weitem grössten in Betracht kommen, die oberste erste, die Elasticitätselevation, die darauffolgende, die Rückstosselevation. Die Elasticitätselevation ist desto stärker ausgeprägt und steht desto höher zum Curvengipfel hin, je straffer und gespannter die Arterienwand ist, umgekehrt die Rückstosselevation, die bei Gefässwanderschlaffung gradatim immer grösser wird und immer tiefer nach unten steigt, selbst bis in den aufsteigenden Schenkel des nächsten Pulses, so die verschiedenen Grade des dicroten Pulses darstellend. In Betreff der normalen Curven giebt es keinen ganz idealen Normalpuls, der für alle Fälle als Richtschnur zu gelten hätte, die Ausprägung der Elevationen ist individuell auch bei völlig gesunden Menschen recht verschieden und hängt vom Alter, Nerven-, — allgemeinen Kräftezustand und dergl. ab.

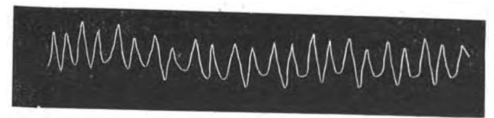
Zugleich mit den Curven herzgesunder Menschen gebe ich die beiden extremsten Gegensätze der Gefässspannung, Curven hoher Spannung von interstitieller Nephritis und Bleikolik und solche von Fieber-, insbesondere Typhuskranken, die verschiedene Grade von Gefässwanderschlaffung zeigen.



1. Curve eines gesunden Menschen.



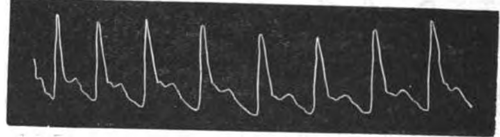
2. Interstitielle Nephritis.



3. Typhus abdominalis. Temp. 39,2.

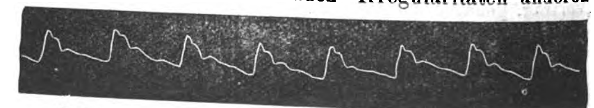
Hiermit sind wir auch schon zu den pathologischen Pulsformen übergegangen, welche jetzt kurz skizzirt werden sollen. Um zunächst von den Klappenfehlern zu sprechen, so ist es wohl kaum möglich mit dem Sphygmographen allein, bei völligem Ausschluss der übrigen Hilfsmittel, einen Klappenfehler zu diagnosticiren, vielleicht mit alleiniger Ausnahme einer uncomplicirten Aorteninsufficienz; denn obgleich einzelne Pulsformen recht charakteristisch sind, absoluten Werth haben sie differential-diagnostisch trotzdem nicht, weil sich auch auf anderen Krankheitsgebieten ähnliche Bilder finden können. Wissen wir dagegen, dass ein Klappenfehler vorliegt, so ist der Sphygmograph zur Sicherstellung der Form desselben oder bei complicirten Fällen der Prävalenz der einen oder anderen Klappenerkrankung oft allein ausschlaggebend. Im allerletzten Stadium der Klappenfehler, bei kaum fühlbarem Puls, ist natürlich mit dem Sphygmographen ebenso wenig wie mit den anderen Methoden die Diagnose zu stellen.

Am wenigsteus charakteristisch sind wohl die Curven bei **Mitralinsufficienz**, aber gerade dieser Mangel eines ausgeprägten Charakters kann öfter diagnostisch verwerthet werden. Es sind ziemlich normal aussehende Curven, nur ist die Spannung meist vermindert, also kaum angedeutete oder ganz fehlende Elasticitätselevation und mehr oder weniger stark ausgeprägte Rückstosswelle, eine Thatsache, welche nicht gar selten selbst der Aorteninsufficienz gegenüber von Bedeutung ist, da der Puls bei Mitralinsufficienz bei stärkerer Hypertrophie des linken Ventrikels auch recht hoch und fast schnellend erscheint, nur dass eben bei Aorteninsufficienz die Elevationen sich umgekehrt verhalten. Zum Vergleich gebe ich für Mitralinsufficienz und Aorteninsufficienz zwei sehr ähnlich aussehende Curven, bei denen nur durch den Gegensatz der Elevationen die Differentialdiagnose möglich ist.

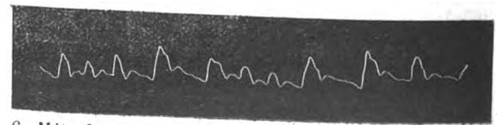


4. Mitralinsufficienz, vorzüglich compensirt.

Von der **Mitralstenose** gilt noch ziemlich allgemein die alte Regel, dass sie einen kleinen, meist frequenten, weichen, irregulären Puls liefere. Es ist ja Thatsache, dass diese Pulsform für einen Theil der Mitralstenosen recht charakteristisch ist, insofern Irregularitäten bei Mitralstenose in einer verhältnissmässig frühen Periode der Krankheit auftreten, ohne dass schon Entartung des Herzmuskels zu verzeichnen wäre. Doch gilt dies entschieden nicht für die ersten Stadien der Krankheit. Wir wissen, dass dieser Klappenfehler sich oft ohne vorausgegangenen Gelenkrheumatismus entwickelt und häufig so wenig Beschwerden macht, dass er nur ganz zufällig entdeckt wird. Von einer so vorzüglich compensirten Mitralstenose muss ein anderes Pulsbild als das oben erwähnte erwartet werden, und es giebt da ein recht gut charakterisirtes, auf welches schon v. **Noorden** 1891 in den Charité-Annalen hinweist. Wir haben eine Curve von über mittlerer Spannung, die oft differential-diagnostisch mit hochgespannten Curven anderer Provenienz concurriren kann. Zeichen erhöhter Gefässspannung lassen sich bei Mitralstenose meist noch weit in das Stadium gestörter Compensation hinein verfolgen und finden sich selbst bei ausgesprochenster Irregularität des Pulses. Die Arterienspannung bei Mitralstenose wäre vielleicht durch das Bestreben der Arterienwand, sich der verminderten Blutmenge zu adaptiren, zu erklären. Die Curven der späteren Stadien zeigen, wie schon erwähnt, mehr oder weniger ausgesprochene Irregularität. Differential-diagnostisch kommt hier in praxi meist die Myocarditis in Betracht, freilich können auch Irregularitäten anderen Ursprungs, vor Allem solche auf angiospastischer Basis, wegen der sehr ähnlichen Spannungsverhältnisse Schwierigkeiten machen.



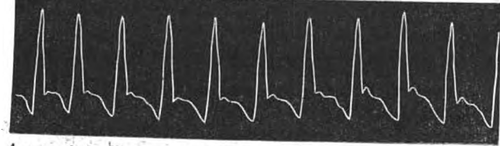
5. Mitralstenose, leichtere Compensationsstörungen.



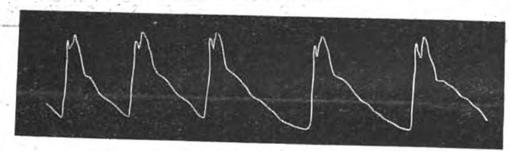
6. Mitralstenose, schwere Compensationsstörungen.

Der Pulsus celer der **Aorteninsufficienz** ist wohl die am meisten gekannte Pulsform und sie bietet auch thatsächlich viel eigenartiges in dem äusserst schnellen, steilen, hohen Ansteigen und ebensolchen Abfallen der beiden Schenkel, dem absoluten Mangel resp. Kleinheit der Rückstosselevation; doch kommen

auch mancherlei Abweichungen von dieser Norm vor, je nach dem Grade der Krankheit, Stadium der Entwickelung, Complicationen mit anderen Klappenfehlern. So geht z. B., wie Pye-Smith ausführt, bei einer complicirenden Mitralinsufficienz die Celerität des Pulses verloren. Recht auffallend wird diese Pulsform modificirt durch Complication der Aorteninsufficienz mit Arteriosclerose. Die Aorteninsufficienz hat ja öfter Arteriosklerose im Gefolge, kann sich aber auch secundär aus einer Arteriosclerose durch Uebergreifen derselben auf die Semilunarklappen entwickeln. In solchen Fällen machen sich nun meist, wie trotz gegentheiliger Behauptungen betont werden muss, neben den Eigenthümlichkeiten des Insufficienzpulses auch solche der Sklerose geltend. Bei primärer Aorteninsufficienz wird durch Hinzutreten der Sklerose die Celerität des Pulses eingeschränkt, die Curve erhält mehr geschwungene abgerundete Formen, die Elasticitätselevation steigt höher, mit einem Wort, es macht sich der Tarduscharakter oder wenigstens eine stärkere Tension geltend. Umgekehrt bei primärer Arteriosklerose, bei welcher durch Entwickelung einer Aorteninsufficienz die Tardität des Pulses dahin modificirt wird, dass derselbe schnellender, bei stärkerer Hypertrophie des linken Ventrikels auch höher wird. In den schweren letzten Stadien der Aorteninsufficienz treten auch oft Irregularitäten auf.

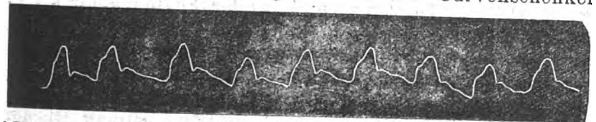


7. Aorteninsufficienz nach Gelenkrheumatismus, vorzüglich compensirt.



8. Aorteninsufficienz mit secundärer Sklerose, schwere Compensationsstörungen.

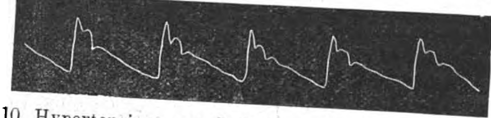
Die Aortenstenose in reiner Form kommt ziemlich selten zur Beobachtung und liefert dann gut charakterisirte Curven. Sie muss, wie solches in der Natur der Sache liegt, eine niedrige Curve geben, deren besonderen Merkmale, im Gegensatz zu den übrigen Klappenfehlern, in dem aufsteigenden Schenkel liegen, welcher oft schon von Anfang an auffallend schräg ansteigt, besonders aber zum Gipfel hin entweder sich ganz abrundet oder auch einen mehr oder weniger jähen Einschnitt erhält, also anakrot wird. Ganz ähnliche Curven wie bei Aortenstenose können auch durch Arteriosklerose, ohne dass Veränderungen im Ostium vorliegen, hervorgebracht werden, indem in den späteren Stadien der Arteriosklerose die eintretende Blutwelle nur allmählich und langsam die starren Gefässwände auszudehnen vermag, was sich ebenfalls in dem langsam und schräg ansteigenden ersten Curvenschenkel ausdrücken muss. Das Charakteristische in beiden Fällen ist eben die Tardität des Pulses.



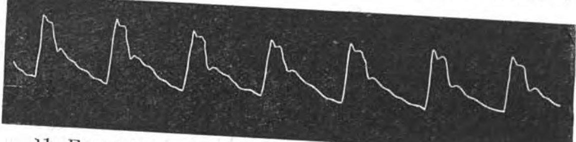
9. Aortenstenose auf arteriosklerotischer Basis, schwerere Compensationsstörungen

So kommen wir auch zur Arteriosklerose, welcher ich heute, wenigstens im Verhältniss zur Wichtigkeit des Stoffes, nur eine kurze Besprechung widmen kann. Es ist a priori anzunehmen, dass eine Krankheit, die wenigstens in ihren ersten Stadien hauptsächlich im Gefässsystem sich abspielt, am Pulse deutlich nachweisbare Anhaltspuncte bieten muss. Freilich äussert sich v. Schrötter in seinem neuesten Werke über Gefässerkrankungen sehr skeptisch darüber und will als einzig für die Arteriosklerose charakteristisch nur den pulsus tardus und rotundus gelten lassen, welche bekanntlich den Spätstadien dieser Krankheit entsprechen, in welchen auch schon ohne die sphygmographische Pulsuntersuchung kaum noch ein Zweifel über die Diagnose aufkommen kann. Allerdings muss bemerkt werden, dass v. Schrötter solch' unbefriedigende Ergebnisse der Pulsuntersuchung bei Arteriosklerose theilweis durch die Eigenthümlichkeiten der Hospitalpraxis begründet und die Möglichkeit offen lässt, dass Forschungen an einem anderen Krankenmaterial vielleicht mehr Licht in diese wichtige Angelegenheit bringen könnten, und darin ist ihm durchaus beizustimmen, umsomehr als verschiedene sehr namhafte Autoren auf diesem Gebiet schon werthvolle Arbeiten geliefert haben. Trotzdem dass unter den Forschern nicht völlige Uebereinstimmung herrscht, muss als feststehend gelten, dass schon in den frühesten Stadien der Krankheit bezüglich der Gefässspannung sich gewichtige Abweichungen von der Norm finden und zwar als erhöhte Spannung im Gefässsystem, welche natürlich auch an der Radialis zum Ausdruck kommen muss. v. Basch zählt dieselbe als „Angiorrhigosis" schon zur Arteriosklerose, während Huchard die „Hypertension" als ein Vorstadium derselben auffasst. Im ersten Stadium der Arteriosklerose haben wir somit eine Curve mit hochstehender scharf ausgeprägter Elasticitätselevation und verhältnissmässig schwacher Rückstosswelle. Nur muss gesagt werden, dass diese Curve je nach dem Einwirken nervöser und somatischer Einflüsse auch variiren kann und zeitweilig die Zeichen erhöhter Wandspannung ganz vermissen lässt. Es ist eben zu bedenken, dass in dem ersten Stadium resp. Vorstadium der Krankheit ein anatomisches Substrat für diese Pulsform noch nicht existirt. Differential-diagnostisch kommen hier in Betracht besonders die Schrumpfniere, die Bleiintoxication, Nervosität, vor Allem Neurasthenie, welche Krankheiten aber bekanntermassen in so nahen Beziehungen zur Arteriosklerose stehen, dass sie sämmtlich Vorstufen oder wie die Schrumpfniere Erscheinungsformen derselben vorstellen können. Aehnliche Pulsbilder bei Mitralstenose, Aorteninsufficienz, längerem Digitalisgebrauch, zuweilen auch acuter Nephritis werden schwerlich zu Täuschungen führen können. Diese Hypertensionscurven können im weiteren Krankheitsverlauf verschiedene Veränderungen zeigen, können aber auch, wenn auch mit mancherlei kleineren Variationen bis ans Ende persistiren. Für den verschiedenen Verlauf ist wohl in der Hauptsache die Qualität der das Gefässsystem treffenden Reize ausschlaggebend, zu welchen ausser Einflüssen von Seiten des Nervensystems direct die Intima treffende Irritamente zu zählen sind, die durch Speise und Trank eingeführt werden oder sich im Körper in Form von Toxinen bilden können. Die ziemlich unveränderte Hypertensionsform findet sich am häufigsten unter dem Einfluss schärfster Reize, wie sie durch starken Alhoholgenuss, Luxusconsumption von Speisen etc. gesetzt werden, sie bleibt hier oft bis zum Tode bestehen, der nicht selten apoplektisch erfolgt. In anderen Fällen, mehr chronischen Verlaufes, nimmt diese Pulsform je nach den Veränderungen am Gefässrohr, welche durch die Lähmung der Media, durch Auftreten von Bindegewebe in der Arterienwand und die endliche Verkalkung bedingt werden, eine andere Gestalt an. Die Ausprägung der Elevationen ist da oft nicht mehr

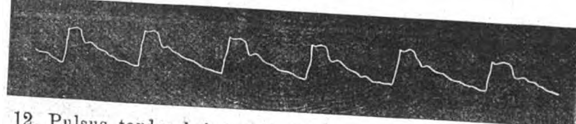
eine so scharfe und elegante, die Form der Curve wird eine plumpere, doch bleiben gewisse Charaktere der Hypertension, wenn auch öfter nur andeutungsweise, durch alle diese Stufen bestehen, deren ausgeprägteste der pulsus tardus mit seinem breiten Plateau vorstellt. Alle Form und Gestaltung findet ihren Abschluss und ihr Ende in dem pulsus rotundus, dem Wahrzeichen völligster Entartung, der bei voller Ausbildung thatsächlich der Kreisform am nächsten kommt; doch wird der pulsus rotundus wohl nur in den seltensten Fällen erreicht, indem bei den meisten Menschen der Process auf einer früheren Entwickelungsstufe mit dem Tode abschliesst. Die Curven bei Arteriosklerose sind je nach dem Grade der regressiven Veränderungen und je nach der Propulsivkraft des Herzens von verschiedener Höhe, bei starker Hypertrophie des Herzens hoch, besonders auch bei hinzutretender Aorteninsufficienz, niedrig und



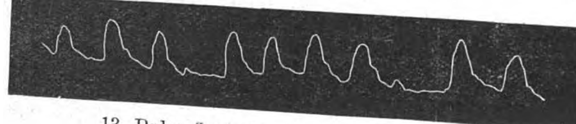
10. Hypertension resp. I. Stadium der Arteriosklerose.



11. Entwickelte Arteriosklerose, leichtere Anfälle von Angina pectoris.



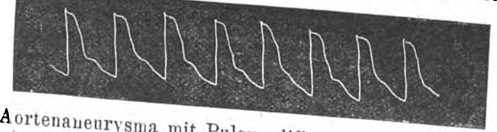
12. Pulsus tardus bei Arteriosklerose, schwere Anfälle von Angina pectoris.



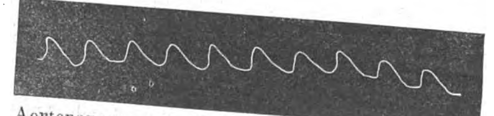
13. Pulsus rotundus bei einer 85 jährigen.

kaum zu zeichnen bei Herzschwäche. In späteren Stadien, bei fortschreitender Degeneration des Herzmuskels entwickeln sich alle möglichen Formen von Irregularität.

Einige Curven von pulsus differens bei Aortenaneurysma werden recht gut den Grad der einseitigen Verengerung der Gefässbahn bei dieser Krankheit zur Anschauung bringen. Aber auch dieses Bild ist nicht absolut charakteristisch für Aortenaneurysma, da auch sklerotische Veränderungen ohne sackförmige Erweiterung des Gefässrohres zu ähnlichen Pulsbildern



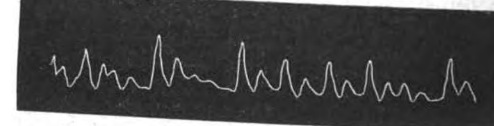
14. Aortenaneurysma mit Pulsus differens, rechts. Giessener Klinik.



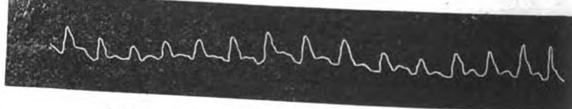
15. Aortenaneurysma mit Pulsus differens, links. Giessener Klinik.

Veranlassung geben können, wenn auch hier die Differenz kaum je so ausgeprägt sein dürfte.

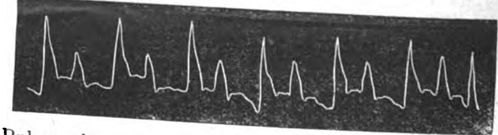
Das grosse Gebiet der Pulsirregularitäten im engeren Sinne kann heute nur in wenigen Worten berührt werden. Hierzu zählen wir nicht diejenigen Irregularitäten, welche sich im Verlauf jeder Herzkrankheit entwickeln können, sondern solche, die mehr selbstständig auftreten. Hierher competiren somit alle Pulsunregelmässigkeiten verschiedensten Grades und verschiedenster Form, wie sie durch Störungen in den Nervenbahnen, reflectorische Einflüsse von verschiedenen Organen aus, periphere Widerstände bei sonst intactem Herzen, toxische Einflüsse, vor Allem aber durch die Myocarditis bedingt werden. Bei den Arythmien kann man, wenn man sich auf den palpirenden Finger allein verlässt, leicht getäuscht werden, da ganz schwache Pulse ganz unfühlbar werden können, wodurch z. B. Bradycardie vorgetäuscht werden kann, wie solches auch besonders von Dehio betont worden ist. Auf ähnlicher Täuschung beruht wohl auch, wie Riegel nachgewiesen hat, die von v. Leyden inaugurirte Hemisystolie. — Eine Sonderstellung nehmen unter den Arhythmien die als Allorhythmien bezeichneten interessanten Formen des pulsus bigeminus, alternans und paradoxus ein, alles Pulsformen, deren genauere Qualitäten dem palpi-



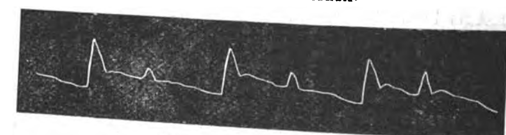
16. Pulsus irregularis bei Myodegeneration.



17. Pulsus paradoxus bei Herzschwäche.



18. Pulsus alternans bei schwerer Aorteninsufficienz. Charité, Gerhardts Klinik.



19. Pulsus bigeminus.

renden Finger entgehen und die öfter bedeutenden praktischen Werth besitzen, wie ja selbst aus scheinbar ganz gesetzloser Arhythmie mit Zuhilfenahme des Sphygmographen nicht selten sich diagnostische, prognostische und therapeutische Fingerzeige entnehmen lassen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. Arthur Hartmann: Atlas der Anatomie der Stirnhöhlen, der vorderen Siebbeinzellen und des Ductus nasofrontalis mit erläuterndem Texte und Bemerkungen über die Behandlung der Stirnhöhleneiterung. (Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1900.

Das vortreffliche Hartmann'sche Werk enthält 24, auf 12 Tafeln vertheilte, vorzügliche Abbildungen der Stirnhöhle und der vorderen Siebbeinzellen und der überaus verschiedenen und verwickelten Verbindung der Stirnhöhle mit der Nasenhöhle. Zum Studium all dieser schwierigen anatomischen Verhältnisse hat Verfasser eine sehr grosse Anzahl von Präparaten hergestellt, die sich in folgender Weise eintheilen lassen:

1. Stirnhöhlen ohne Frontalzellen und ohne Canalis nasofrontalis,
   a) mit einfacher Ausmündung entweder durch eine runde Oeffnung oder durch einen Längsspalt in den mittleren Nasengang;
   b) mit einer Nasenausmündung, der nach unten eine Bulla ethmoidalis vorgelagert ist.
2. Stirnhöhlen mit Frontalzellen, durch welche ein Nasorontalcanal gebildet wird;
   a) mit regelmässiger Anordnung der Zellen,
   b) mit unregelmässiger Anordnung der Zellen.
3. Hernienartige Entwickelung der Stirnhöhle.
4. Fehlen der Stirnhöhle.

Die für jede Kategorie besonders charakteristischen Präparate sind durch Lichtdruck ausgezeichnet reproducirt. Das Studium dieser vortrefflichen Abbildungen an der Hand des ausführlichen erläuternden Textes giebt einen klaren Einblick in die schwierigen anatomischen Verhältnisse der Stirnhöhlen und ihre Beziehungen zu einander, zu den Siebbeinzellen, zur Augenhöhle und zum Cavum cranii. Im Texte bespricht Verf. kurz auch die Behandlung der Stirnhöhleneiterung, wobei besonders die intranasale Behandlung derselben betont wird, weil durch sie eine beträchtliche Anzahl von Stirnhöhleneiterungen geheilt oder soweit gebessert werden kann, dass die Eröffnung der Stirnhöhle von vorn nicht erforderlich ist, die ja mehr oder weniger mit Entstellung verbunden ist. Nur wenn der intranasalen Behandlung nicht gelingt eine freie Communication mit der Nase herzustellen, eröffnet Verf. die Stirnhöhle von vorn und event. auch die Frontalzellen von der Orbitalwand aus. Zur Verödung der Stirnhöhle durch Abtragung der ganzen vorderen Wand soll man nur dann schreiten, wenn auf anderem Wege die Heilung nicht zu erreichen ist, da sie gewöhnlich mit sehr beträchtlicher Verunstaltung verknüpft ist. Das Studium des vortrefflichen Werkes kann nur bestens empfohlen werden. Die Ausstattung desselben ist eine vorzügliche.

A. Sacher.

Prof. Dr. J. Pagel: Biographisches Lexikon hervorragender Aerzte des neunzehnten Jahrhunderts. Mit etwa 600 Bildnissen. In 5 Abtheilungen à 4 M. 80 Pf. Urban & Schwarzenberg. Berlin und Wien. 1900.

Oft genug hat wohl der Arzt und der Forscher das Bedürfniss sich über den Lebenslauf oder die wichtigeren literarischen Arbeiten eines ihn interessirenden hervorragenden Arztes des verflossenen Jahrhunderts zu informiren. Das ist dann ein schweres Ding, wenn man nicht eines der bisher erschienenen oder das vorliegende, im Gegensatz zu jenen nur ein Jahrhundert umfassende, biographische Lexikon zur Hand hat. Das Pagel'sche Nachschlagebuch ist auf zwei Bände berechnet, die schon fast vollständig erschienen sind. Es giebt zuverlässige kurze Lebensbilder derjenigen Aerzte aller Herren Länder, welche sich im Laufe des verflossenen Säculums besonders durch ihre schriftstellerischen und wissenschaftlichen Leistungen an dem Ausbau der medicinischen Wissenschaft in hervorragenderer Weise betheiligt haben. Dass dabei manche zu kurz, manche zu lang abgekommen und andere, zumal Ausländer, wohl ganz übersehen worden sind liegt im Wesen der Sache. So lange Menschen Biographien und Geschichte schreiben, wird alles subjectiv sein. Ich möchte damit nicht zuviel gesagt haben. Der Zweck des Lexikons ist trotzdem in der denkbar schönsten Weise erreicht. Was sich in den durchschnittlichen Rahmen von ca 30 Halbzeilen, die dem einzelnen hervorragenden Arzte oder Forscher gewidmet sind, hineinbringen liess, ist geschehen. Es konnten aber auch gerade wegen dieser lexikalischen Kürze und der dadurch bedingten Wohlfeilheit des Werkes nur die Merksteine auf dem oft viel bewegten Leben dieser Aerzte zur Verzeichnung kommen. Die etwa 600 vortrefflichen Bildnisse hervorragender Aerzte, die den ausgezählten Biographien beigefügt sind, erhöhen das Interesse für das Buch in ausserordentlicher Weise und gestalten es, soviel uns bekannt, zu einem einzigen in seiner Art. Möge es weite Verbreitung finden. Es wird eine nützliche Zierde jeder ärztlichen Bibliothek sein.

Kallmeyer.

Finger: Die Syphilis und die venerischen Erkrankungen. (Deuticke).

Von diesem ausgezeichneten Lehrbuch liegt nunmehr die V. Auflage vor, in gegenüber der letzten sehr vergrössertem Umfange. Wir zweifeln nicht, dass das empfehlenswerthe Werk bei der ruhigen objectiven Klarheit, die seine Darstellung auszeichnet, sich auch jetzt viele neue Freunde erwerben wird.

Wichert.

Dr. Cl. Neisser: Ueber die Bettbehandlung der acuten Psychosen. (München 1900. Seitz und Schauer).

Jeder Kranke, der in eine Irrenanstalt aufgenommen wird, soll zunächst in's Bett gesteckt werden, was Untersuchung und Disciplinirung wesentlich erleichtert. Die Isolirung erregter und störender Patienten kann vermittelst der prolongirten Bäder (nicht in Deckelwannen!) und der Bettbehandlung auf ein Minimum reducirt werden. Sehr wesentlich ist dabei eine richtige Gruppirung der Patienten, das Beispiegeordneter, sich dem Arzte willig fügender Kranken ist oft von unerwarteter Wirkung. Für Paralytiker, senil Melancholische, Manische und alle schwachen Geisteskranken ist die Bettbehandlung von grösster Bedeutung, seit ihrer Einführung haben beispielweise die paralytischen Anfälle an Häufigkeit wesentlich abgenommen. Contraindicirt ist die Bettbehandlung nur bei jugendlich Verblödeten, ferner bei Reconvalescenten, wo Beschäftigung noth thut zur Erhaltung und Wiederbelebung der geistigen Persönlichkeit. Nicht nur vom therapeutischen Standpunkt, sondern auch vom wirthschaftlichen hat die Bettbehandlung ihre grossen Vorzüge, die Kosten für Bekleidung, Arzneien, Bereinigung stellen sich geringer. Endlich — last not least — die verpönte Irrenanstalt verwandelt sich immer mehr in ein «Hospital für Psychisch-Kranke», das alle Schrecken der Einsperrung und des Zwanges verliert und damit eine ausgedehntere Anwendung zum Heile der Menschheit gewinnt.

Neisser's Auseinandersetzungen sind ungemein wichtig, man kann ihnen nur zustimmen und wünschen, dass die Bettbehandlung immer mehr Anklang finde.

Voss.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 3. Mai 1900.

Anwesend die Herren: Jaesche, Lezius, Otto Faure, Ungern, Lantzky, Hartge, Graubner-Paldrock, Körber, Hoffmann, Swirski, Koppel, Jannsen, Schiemann, Lackschewitz.

Da weder der Präses noch der Secretär erschienen sind, übernimmt Dr. Jaesche das Präsidium. Schriftführer Dr. Lackschewitz.

1. Lezius hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber Scorbut im Dorpater Stadthospital».

Lezius berichtet über seine Erfahrungen in Betreff des Scorbuts im Dorpater Stadthospital, schildert zunächst die von ihm beobachteten Symptome, bespricht Diagnose und Therapie. Eingehendere Mittheilungen über die verschiedenen Theorien über Aetiologie: So hat Babes in Bukarest ein stäbchenförmiges Bacterium gezüchtet (aus dem afficirten Zahnfleisch), dessen Einimpfung beim Kaninchen eine fieberhafte Erkrankung, die mit Blutungen in die Schleimhäute einherging, hervorrief.

Bornträger fand einen Coccus und ist der Ansicht, dass derselbe vom Darm aus in das Blut gelangt, seine Resultate bedürfen noch der Nachprüfung.

Der Engländer Murry konnte durch Injection von Blut Scorbutischer bei Kaninchen Fieber erzeugen.

Die letzte Veröffentlichung über eine Scorbutepidemie stammt aus Amerika von Mc Grew, der 1895 eine solche unter den beschäftigungslosen Arbeitern nach Schluss der Weltausstellung in Chicago beobachtete. Es waren 42 Fälle, alles Polen, die längere Zeit hindurch nur von Fleisch und Kaffee gelebt hatten. Er ist der Ansicht, dass der Scorbut in naher Beziehung zum Rheumatismus und der Gicht steht und auf einer Vermehrung der Harnsäure im Blut beruht. (Harnsäureablagerungen in den Gefässen, die zu Brüchigkeit resp. Durchlässigkeit derselben führt.) Zur selben Zeit fand Haig ebenfalls vermehrten Harnsäuregehalt des Blutes, dabei eine niedrige Blutdecimale (Verringerung des Hämoglobingehaltes und Anämie) und Alcalescenz des Blutes. Mc Grew gab seinen Patienten möglichst viel Vegetabilien, schloss Fleisch aus, um der Harnsäurebildung zu steuern resp. ihre Ausscheidung zu befördern. Gleichzeitig verabfolgte er reichlich Natronsalze, welche durch Vermehrung der Blutalcalescenz günstig wirken sollen.

Die beiden Amerikaner sind also Gegner der bacillären Theorie und behaupten, die Befunde Babes und Bornträger's seien zufällige.

Lezius, welcher im Laufe von 8 Jahren 50 Fälle zu beobachten Gelegenheit hatte, ist der Ansicht, dass der Scorbut doch eine Infectionskrankheit darstellt. (Glaubt an Einschleppung — hier in Dorpat durch Arrestanten, welche aus dem benachbarten Pleskau und St. Petersburg mit Scorbut behaftet herübergebracht werden). Das Auftreten des Scorbuts, in Form kleiner Hausepidemien, stets im Frühjahr (meist Mai), das Befallenwerden von Insassen einer Zelle und die Verschleppung aus dieser in andere hat ihn in dieser Anschauung bestärkt.

Discussion.

Koppel: Wie erklärt sich das Auftreten des Scorbuts nur im Frühjahr resp. Sommer? Es werden doch nicht nur zu dieser Jahreszeit Arrestanten aus den obenerwähnten Nachbarstädten herübertransportirt. Ist nicht auch an anderen Orten die Beobachtung gemacht worden, dass der Scorbut hauptsächlich zu einer bestimmten Jahreszeit auftritt?

Lezius hat nie im Winter einen Scorbutfall beobachtet. Arrestanten circuliren allerdings das ganze Jahr hindurch zwischen den verschiedenen Gefängnissen, doch ist es immer nur das Frühjahr, in welchem scorbutische Arrestanten bis hierher gelangten. Dass die Ernährung nicht die Ursache der Entstehung sein kann, scheint ihm daraus hervorzugehen, dass die Arrestanten ihm mitgetheilt hätten, die Nahrung im hiesigen Arrestlocal sei eine bedeutend bessere als in den benachbarten Gefängnissen im Reich.

Lackschewitz erwähnt, dass bei Polarexpeditionen und in den Ansiedlungen unter hohen Breiten der Scorbut seines Wissens stets erst im Frühjahr mit Eintritt warmer Witterung beobachtet werde, während er im Winter nicht vorkommt.

Jannsen: Diese Thatsache könnte gerade zu Gunsten der microbischen Theorie ausgelegt werden. Die wärmere Temperatur schafft günstigere Bedingungen für die Entwickelung und Ausbreitung der Krankheitserreger.

Lackschewitz: In Betracht gezogen müsste jedoch auch werden, dass die Function der Ausscheidungsorgane im Winter und Sommer eine veränderte ist. Speciell Nieren und Hautfunction ändern ihre Intensität.

Jannsen fragt, ob Lezius auch autochtone Fälle, d. h. einzelne Fälle unter den nur hier inhaftirt gewesenen Personen beobachtet hat?

Lezius: Die von ihm beobachteten kleinen Epidemien sind stets im Anschluss an von aussen her eingeschleppte Fälle aufgetreten.

Graubner fragt an, ob L. aus der zeitlichen Folge der Erkrankungen auf die Dauer der Incubation schliessen kann.

Lezius glaubt die Minimalgrenze auf 1 Woche, die Maximalgrenze auf 3–4 Wochen anerkennen zu dürfen.

Jannsen: Welche klinischen Symptome sprächen für eine Infectionskrankheit?

Lezius: Das Auftreten leichter Fiebererscheinungen, vor Allem aber die Milzschwellung, die meist sehr deutlich ausgesprochen ist.

Koppel: Eine Einschleppung unter die arme Bevölkerung der Stadt wäre doch auch naheliegend (aus dem benachbarten Pleskau, St. Petersburg etc.). Während seiner poliklinischen Thätigkeit hat er nur sehr selten Scorbutfälle beobachtet, resp. Fälle gesehen, in welchen er die Diagnose Scorbut hat stellen müssen. — Die Lebensbedingungen im Gefängniss müssen doch wohl schlechter sein als selbst die der ärmsten Bewohner Dorpats, denen scheint doch eine grosse Bedeutung bei der Entstehung des Scorbuts zuzukommen.

Ungern erwähnt, dass auf seiner Reise von Hamburg nach Hongkong es nur 2 Chinesen waren, welche im Rothen Meer (bei grosser Hitze) an Scorbut erkrankten. Die Chinesen auf dem Schiff beköstigten sich selbst und zwar ausschliesslich mit Reis, den sie von Hongkong nach Hamburg mitnahmen. Auf der Rückreise war derselbe während der langen Dauer der Reise vermuthlich schlecht geworden. Unter den anderen, unter denselben Bedingungen arbeitenden Heizern (welche vom Schiff aus beköstigt wurden) kam Scorbut nicht zur Beobachtung. Die beiden Fälle blieben die einzigen, eine Epidemie brach nicht aus.

Otto: Die Möglichkeit, dass beides — sowohl mangelhafte Ernährung als ein specifischer Erreger die Veranlassung zum Ausbruch der Krankheit sind — ist doch nicht von der Hand zu weisen. Unter welchen hygienischen und Nahrungsverhältnissen findet der Infectionsträger bessere Wachsthumsbedingungen?

Lezius: Der Nachweis eines specifischen Erregers fehlt. Er hat nur betont, dass er sich nicht der Ansicht hat verschliessen können, dass ein microbischer Ursprung sehr wahrscheinlich ist, ohne diese fest zu entscheiden. Die Frage ist uns offen, so lange der sichere Nachweis eines specifischen Erregers nicht erbracht ist.

Paldrock: Konnte nicht durch eine Schwitzcur (ex juvantibus) die Rolle, welche der vermehrte Harnsäuregehalt des Blutes dabei spielt, bestimmt werden?

Lezius: Die Verhältnisse, unter denen er seine Beobachtungen machte, erlaubten es nicht wissenschaftlich präcise Untersuchungen des Harns und Blutes zu machen — solche aber sind durchaus nöthig.

Jaesche fragt Prof. Körber nach seinen Erfahrungen und Ansichten über den Ursprung der Krankheit.

Körber: Da in den letzten 10 Jahren seiner Thätigkeit in Kronstadt der Scorbut daselbst schon selten geworden war, so datiren seine Beobachtungen aus der Zeit vor circa 40 Jahren.

Auch er bestätigt, dass das Auftreten der Erkrankung fast stets in das Frühjahr fiel und schienen die in der Marine befindlichen Esten mehr dazu zu neigen als die Russen. Dies erklärt er sich aus dem Umstand, dass die neuen Rekruten (um die es sich meist handelte) im Februar eingebracht wurden, in welchem Monat die Fasten beginnen. Die Esten konnten sich nicht an die russische Fastenkost gewöhnen, sie litten an Unterernährung und disponirten deshalb zur Erkrankung, die dann meist um Ostern herum ausbrach. Die allgemeine Ansicht war damals die, dass der Scorbut auf jedem Schiff ausbrechen könne und zwar wenn die Matrosen nur Salzfleisch erhielten. Für den Ausbruch einer Epidemie wurden die Commandeure verantwortlich gemacht. Diese wetteiferten deshalb unter einander ihre Leute gut zu halten, ihnen so häufig als möglich frisches Fleisch zukommen zu lassen etc.

Lezius: Was den Punkt betrifft, dass das Salzfleisch die Ursache des Scorbutes werden könne, so hat die lezte Epidemie in Amerika gezeigt, dass auch ohne jedes Salzfleisch Scorbut auftreten kann: die Erkrankten hatten im Gegentheil nur vom frischen Fleisch gelebt.

Jaesche hat vor 50 Jahren als Militärarzt eine Epidemie mitgemacht: im Frühjahr im Laufe von wenigen Monaten erkrankten weit über 50 Mann seines Regimentes. Als Ursache sieht er den Umstand an, dass die Soldaten in feuchter Gegend in Baracken lebten, eng zusammengepfercht — also unter schlechten hygienischen Verhältnissen, bei schlechter mangelhafter Ernährung und ungenügender Hautpflege. Eine Uebertragung des Scorbuts auf sonst gesunde, gut lebende Menschen hält er für nicht möglich.

Eine Nahrung, der es an frischen Säften mangelt ist die Ursache der Erkrankung. Therapeutisch wurden gegen die auch von Lezius beobachteten bretthарten Infiltrate (die er nicht für intramuskul. Blutungen, sondern für fibrinöse Ausscheidungen in die Gewebe hält) Umschläge mit in Essig getauchte Lappen angewandt, ferner genügende gemischte Nahrung und Citronen, von welchen die Leute 5–6 Stück täglich, so zu sagen mit Haut und Haaren aufessen mussten.

Boettcher.

Vermischtes.

— Professor Dr. E. v. Bergmann (Berlin) weilte seit dem Freitag voriger Woche mehrere Tage in St. Petersburg, wohin er zur Consultation bei dem durch einen Revolverschuss schwer verwundeten Minister der Volksaufklärung Bogoljepow berufen worden war.

— Zum Vicepräsidenten der IV. Section (für Schulhygiene) der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit ist Dr. B. M. Schapirow, Corpsarzt des abgetheilten Corps der Grenzwache, gewählt worden.

— Der Leiboculist des Allerhöchsten Hofes und Bezirksoculist des St. Petersburger Militärbezirks, berathendes Mitglied des militär-medicinischen gelehrten Comités, Geheimrath Dr. Tichomirow, ist zum beständigen Mitgliede des militär-medicinischen gelehrten Comités ernannt worden, unter Enthebung seiner Stellung als Bezirksoculist und Belassung in der Würde eines Leiboculisten Sr. Majestät.

— Prof. Pospelow in Moskau wurde am 20. Februar anlässlich seines 25jährigen Jubiläums ein Capital überreicht, dessen Zinsen zur Prämiirung der besten Werke über Hautkrankheiten verwandt werden sollen.

— Ordensverleihung: Der St. Annen-Orden 2. Classe mit Schwertern — dem Oberarzt des Primorschen Dragonerregiments, Collegienrath Dr. Johann Schlipps für Auszeichnung im Kampf gegen die Chinesen.

— Befördert zu Staatsräthen: die Divisionsärzte Dr. Heintze (von der 2. Grenadierdivision) und Dr. Böttcher (von der 36. Infanteriedivision).

— Verstorben: 1) In St. Petersburg am 16. Februar der praktische Arzt wirkl. Staatsrath Dr. Johann Werther im 76. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher über 45 Jahre die ärztliche Praxis ausgeübt hat, war bis zu seinem Lebensende Leiter der Heilanstalt des hiesigen Vereins zur Unterstützung von Kaufcommis. — 2) Am 8. Februar der Fabrikinspector des Gouvernements Petrikau Dr. M. A. Winogradow, welcher seit 1871 als Arzt thätig gewesen ist. — 3) In Ssereje (Gouv. Suwalki) Dr. Edmund Bartoschewitsch im Alter von 46 Jahren am Flecktyphus. Er hat seine Familie mittellos hinterlassen. — 4) In Charkow am 11. Februar der freiprakticirende Arzt A. I. Afoschenko am Herzschlage im 43. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher im Jahre 1873 den Cursus an der Char-

kower Universität absolvirt hatte, war längere Zeit Ordinator am Kinderhospital des Fürsten Krapotkin. — 5) In Stockholm der Professor der Augenheilkunde Dr. C. Rossander. Er hat als Erster in Schweden die Augenheilkunde specialistisch betrieben.

— Die kurländische Gesellschaft für Literatur und Kunst in Mitau hat zu Ehren des Dr. Carl Bluhm, welcher über 60 Jahre dem Verein als Mitglied angehört und an dessen Bestrebungen stets thätigen Antheil genommen hat, eine silberne Medaille prägen lassen und dieselbe in der vorigen Woche ihm überreicht. Dr. Bluhm dürfte wohl der älteste der noch lebenden Aerzte Russlands sein. Er ist am 8. October 1812 geboren, steht also gegenwärtig im 89. Lebensjahre und ist seit der Absolvirung seiner Studien in Dorpat im Jahre 1836 praktischer Arzt in Mitau. Wie die «Mitausche Ztg.» mittheilt, ist der ehrwürdige Greis zwar nicht frei von den mit seinem hohen Alter verbundenen Gebrechen, aber doch noch frischen und regen Geistes.

— Zum Nachfolger des nach Halle berufenen Prof. Dr. Bumm auf den Lehrstuhl der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität Basel ist der bisherige ausserordentliche Professer Dr. Otto v. Herff in Halle ernannt worden.

— Zum Director des Hamburger Neuen allgemeinen Krankenhauses in Eppendorff ist an Stelle des nach Bonn übersiedelnden Professors Dr. Rumpf der bisherige Director des Hamburger Alten allgemeinen Krankenhauses gewählt worden. (Allg. med. C.-Ztg.)

— Den durch den Tod Prof. Albert's erledigten Lehrstuhl der Chirurgie und die mit demselben verbundene Leitung der 1. chirurgischen Klinik in Wien hat der Professor der Chirurgie in Königsberg Dr. Anton Freiherr von Eiselsberg erhalten. Eiselsberg ist bekanntlich ein früherer Schüler und Assistent Prof. Billroth's. — Prof. extraord. Dr. Hochenegg, welcher die Albert'sche Klinik bis zu der nunmehrigen Besetzung des Lehrstuhls der Chirurgie interimistisch leitete, ist zum ordentlichen Titularprofessor ernannt worden.

— Dem freiprakticirenden Arzt Carl Mengel in Riga ist die Concession zur Errichtung einer Heilanstalt für Krankheiten der Haut und des Urogenitalsystems ertheilt worden.

— Die Redaction des «Wratsch» für das laufende Jahr hat, dem Wunsche des verstorbenen Professors Manassein entsprechend, Dr. S. Wladislawlew, Ordinator am Obuchow-Hospital und derzeitiger Secretär der chirurgischen Pirogow-Gesellschaft, übernommen. Mit dem Schluss dieses Jahres wird diese Zeitschrift eingehen, und zwar, wie die Herausgeberin derselben Frau O. A. Ricker in der letzten Nummer des «Wratsch» mittheilt, auf Prof. Manassein's ausdrücklichen Wunsch, der in einem Briefe vom Jahre 1897 folgendermassen lautet: «Ich bitte ergebenst die Buchhandlung von K. L. Ricker, im Falle meines Todes, die Ausgabe des «Wratsch» bis zum Ende des Jahres fortzuführen, dann aber dieselbe einzustellen».

— Als Bewerber um den vacanten Lehrstuhl der Augenheilkunde an der Universität Kasan haben sich nach dem «Wolshski Westnik» der Privatdocent der Militär-Medicinischen Academie Dr. Andogski und die Privatdocenten: der Kiewer Universität Dr. Schimanowski, der Moskauer Universität Dr. Golowin und der Charkower Universität Dr. Braunstein gemeldet. (Wr.)

— Von der neuen russischen Monatsschrift «Journal für Neuropathologie und Psychiatrie», welches zum Andenken an den verstorbenen Moskauer Professor S. Korssakow dessen Namen trägt, ist bereits das erste Heft erschienen. Der Abonnementspreis beträgt 10 Rbl. jährlich. Zur Bestreitung der Kosten für die Herausgabe des Journals sind bereits 12,000 Rbl. durch freiwillige Spenden eingegangen, doch fehlen zur Sicherstellung des Unternehmens noch wenigstens 18,000 Rbl., die durch weitere freiwillige Beiträge, Veranstaltung von öffentlichen Vorlesungen etc. beschafft werden sollen.

— Die Gesellschaft der Aerzte bei der Kasanschen Universität hat vor Kurzem die Concession erhalten zur Herausgabe einer monatlich unter Präventivcensur erscheinenden Zeitschrift mit dem Titel „Казанскій Медицинскій Журналъ" Kasansches medicinisches Journal). Die Redaction desselben übernimmt der Präsident der Gesellschaft. Ausser Originalartikeln und Referaten wird die neue Monatsschrift jährliche Uebersichten über die Leistungen in den verschiedenen Specialfächern, Sitzungsberichte der medicinischen Gesellschaften und Congresse, Nekrologe, Tagesereignisse etc. bringen. Der Abonnementspreis beträgt für Nichtmitglieder 5 Rbl. jährlich.

— Die Sanitätsabtheilung auf den Namen Ihrer Majestät der Kaiserin Alexandra Feodorowna ist am 20. Februar von dem Schauplatz ihrer Thätigkeit im fernen Osten nach St. Petersburg zurückgekehrt. Ausser Dr. Rajewski als Leiter gehörten zu dieser Abtheilung 3 Aerzte, 24 barmherzige Schwestern und 5 Sanitäre.

— Wie die Tagesblätter berichten, soll bei der Militär-Medicinischen Academie ein neuer wissenschaftlicher Verein unter dem Namen «Russische Gesellschaft für normale und pathologische Psychologie» ins Leben treten.

— Der XI. Congress russischer Naturforscher und Aerzte findet vom 20.—30. December 1901 in St. Petersburg statt. Zum Organisationscomité gehören die Professoren der physiko-mathematischen Facultät und ausserdem der Director des Instituts für Experimentalmedicin Professor S. Lukjanow, der Professor der Militär-Medicinischen Academie S. Schidlowski und der Professor der juristischen Facultät J. Kaufmann. — Präsident des Organisationscomités ist Prof. N. Menschutkin, Vicepräses Prof. A. Inostranzew, Geschäftsführer die Professoren J. Borgmann und W. Schewjakow. — Zu Leitern der Section für Anatomie und Physiologie sind die Professoren N. Wedenski und A. Dogel, für wissenschaftliche Medicin Prof. S. Lukjanow, für Hygiene Prof. S. Schidlowski ernannt. Die Theilnehmer haben sich bis zum 20. September 1901 bei dem Organisationscomité zu melden. Der Mitgliedsbeitrag ist 3 Rbl.

— Der VIII. internationale Congress gegen den Alkoholismus findet vom 9.—14. April 1901 in Wien statt, unter dem Vorsitz von Prof. Max Gruber. Die Theilnehmer haben sich zu melden bei dem «Bureau des VIII. internationalen Congresses gegen den Alkoholismus» in Wien IX/3 Schwarzspanierstrasse 17, 1. Stock. Mitgliedsbeitrag 6 Kronen (zu adressiren an Dr. W. Swetlin, Wien I, Kärntnerring 17). — Nähere Auskünfte ertheilt Dr. M. Nishegorodzew (St. Petersburg, Twerskaja 10).

— Pestnachrichten. Aus Capstadt wurden am 5. März (20. Februar) vier neue Fälle gemeldet (2 an Weissen und 2 Farbigen). Es ist noch ein an der Pest verstorbener Eingeborener, dessen Erkrankung nicht gemeldet wurde, aufgefunden worden. Die Schutzimpfungen der Bewohner werden fortgesetzt.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 10. Feb. d. J. 8715 (271 wen. als in d. Vorw.), darunter 425 Typhus — (12 wen.), 996 Syphilis — (0 mehr), 388 Scharlach — (35 wen.), 99 Diphtherie — (26 wen.), 49 Masern — (33 wen.) und 14 Pockenkranke — (2 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 4. bis zum 10. Februar 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
389	322	711	207	86	127	19	13	21	78	66	56	54	58	32	10	2

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 18, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 9, Scharlach 16, Diphtherie 30, Croup 2, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 22, Erysipelas 2, Grippe 8, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 107, Tuberculose anderer Organe 21, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 46, Marasmus senilis 22, Krankheiten der Verdauungsorgane 51, Todtgeborene 30.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 6. März 1901.

Tagesordnung: Albanus: Ein eigenartiger Fall von Typhus abdominals.

Nach der Sitzung gesellige Vereinigung im Deutschen Club; Anmeldungen werden bis zum 2. März von Dr. Wanach entgegengenommen.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 12. März 1901

Дозв. ценз. Спб., 23 Февраля 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio.
Jurjew (Dorpat).

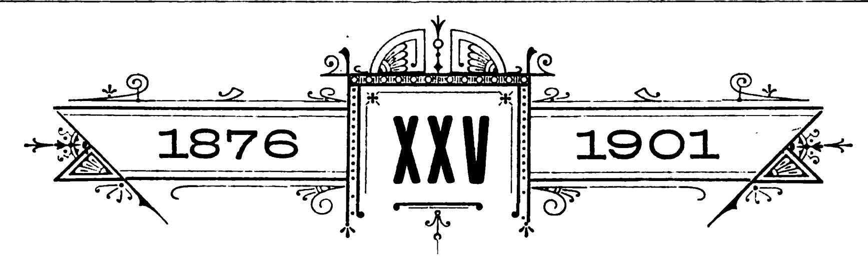
Dr. Johannes Krannhals.
Riga.

Dr. Rudolf Wanach.
St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 9 St. Petersburg, 6. (19.) März **1901**



Am 6. März 1876, also heute vor 25 Jahren erschien die erste Nummer der St. Petersburger medicinischen Wochenschrift. — In der Geschichte der Wissenschaft, auch der medicinischen, sind 25 Jahre ein so kurzer Zeitraum, dass es müssig erscheinen würde, seine Vollendung äusserlich zu markiren. Anders steht es mit der Geschichte der medicinischen Journalistik, besonders bei uns in Russland. Unseres Wissens existirt in der medicinischen Literatur der ganzen Welt kein einziges Journal, das ein volles Säculum bestanden hat, nur wenige können auf eine 50-jährige Thätigkeit zurückblicken. Speciell in Russland giebt es, wenn wir nicht irren, nur 3 medicinische Zeitschriften, welche länger als 25 Jahre bestehen. Darin sehen wir die Berechtigung, den heutigen Tag auch äusserlich als Fest unserer Wochenschrift zu feiern.

In gewissem Sinn kann die St. Petersburger medicinische Wochenschrift als Fortsetzung der 1862 begründeten und bis zum Jahr 1876 fortgeführten „St. Petersburger medicinischen Zeitschrift" gelten. Aber nur in gewissem Sinn. Denn während diese als specielles Organ der deutschen ärztlichen Vereine St. Petersburgs ein eng begrenztes Wirkungsfeld hatte, war das Programm der Wochenschrift von vornherein weiter gefasst. Die Beziehungen zu den genannten Vereinen wurden fortgesetzt, zugleich aber machte sich die Wochenschrift „die Vertretung und Förderung sämmtlicher Interessen der praktischen Aerzte in Russland" zur Aufgabe. Durch Jahre hat sie diese Aufgabe unter der unmittelbaren Leitung ihres Gründers. Dr. E. Moritz, in hervorragender Weise erfüllt. Wenn einmal die Geschichte der medicinischen Literatur in Russland geschrieben werden wird, muss dieses hohe Verdienst Dr. E. Moritz' voll gewürdigt werden.

Inzwischen sind andere Zeiten eingetreten. Die neueste Geschichte Russlands ist reich an gewaltigen Aenderungen nicht nur des staatlichen sondern auch des wissenschaftlichen Lebens. Der Aufschwung der medicinischen Wissenschaften an den russischen Hochschulen hatte die Gründung neuer Zeitschriften im Gefolge, welche, in der Landessprache erscheinend, naturgemäss die Führung bei dem Gros der russischen Aerzte übernehmen mussten. Die Wochenschrift fand ihre Interessensphäre im Wesentlichen in den Aerztekreisen, die der Universität Dorpat entstammten. Als an dieser die bekannten Reformen eingeführt wurden, die ihr nicht einmal den Namen liessen, da musste man sich wohl fragen, ob unserem Blatt nicht das Fundament untergraben sei. Die Praxis hat gezeigt, dass das glücklicherweise nicht der Fall ist. Unser Wirkungskreis hat sich nicht verkleinert, vielleicht nur etwas verschoben. Ein engerer Anschluss der ärztlichen Vereine in den baltischen Städten und das werkthätige Interesse der zahlreichen

im russischen Reich zerstreuten Aerzte deutscher Zunge sichern unserer Wochenschrift auch in Zukunft die Existenz.

Gleichzeitig hat sich immer mehr eine der Aufgaben unseres Blattes, die auch schon bei ihrer Gründung ins Auge gefasst war, als nutzbringend erwiesen — nämlich die Uebermittelung der russischen medicinischen Literatur an das Ausland. Diese ist in der Originalsprache dem Auslande fast unzugänglich; andrerseits wächst das Interesse für sie allenthalben, wie schon die gesteigerte Nachfrage nach Referaten für die verschiedenen Jahresberichte und andere Zeitschriften, namentlich in Deutschland beweist. Dass auch unsere „russische Beilage" eifrig benutzt wird, haben wir häufig constatiren können. Diesen Theil des Blattes in Zukunft noch mehr zu erweitern muss und wird unser Bestreben sein.

Werfen wir einen kurzen Rückblick auf die äussere Geschichte der Wochenschrift in den verflossenen 25 Jahren.

Im ersten Jahr — 1876 — wurde sie allein von ihrem Begründer Dr. E. Moritz geleitet, und zwar mit solchem Erfolg, dass ihre Existenzberechtigung evident war. Kein Wunder, wenn wir sehen, wie eifrig alle grosse Hospitäler und die anderen medicinischen Institute St. Petersburgs an der Arbeit theilnahmen. Unter den Mitarbeitern finden wir fast alle berühmten Aerzte jener Zeit vertreten; als besonders interessant sei hervorgehoben, dass auch S. Botkin, W. Manassein, E. Eichwald Beiträge lieferten.

Mit dem Beginn des Jahres 1877 trat Professor Arthur Böttcher, der bis dahin die „Dorpater medicinische Zeitschrift" geleitet hatte, der Redaction bei. Es geschah das weil die Dorpater medicinische Gesellschaft beschlossen hatte, dieses ihr Journal eingehen zu lassen und „die Förderung ihrer Interessen künftig vereint mit der St. Petersb. med. Wochenschrift versuchen zu wollen".

Im Juni 1880 trat Dr. Leopold von Holst als geschäftsführender Redacteur ein. Am Schluss dieses Jahres schied Prof. Böttcher aus der Redaction. An seine Stelle trat im Februar 1881 der Dorpater Docent Dr. Wilhelm Koch, welcher aber nach 11 Monaten, im Januar 1882 wieder ausschied.

Das Jahr 1883 brachte der Wochenschrift eine wichtige Veränderung insofern als sie aus dem Verlag der Kaiserlichen Hofbuchhandlung H. Schmitzdorff an die Buchhandlung von C. Ricker überging. Mit dieser letzteren ist die Wochenschrift bis zum heutigen Tage in Geschäftsverbindung geblieben; sie ist dem unvergesslichen Herrn Carl Ricker, dessen Namen mit der medicinischen Literatur und Journalistik in Russland so innig verbunden ist, sowie seinem Nachfolger viel Dank schuldig. Wir hoffen dass unsere gegenseitigen guten Beziehungen noch viele Jahre fortdauern werden.

Noch wichtiger war das Jahr 1884. Mit dem Beginn desselben trat Professor Eduard von Wahl als Mitredacteur ein. Wir, die wir Zeugen seiner gesammten ungewöhnlich fruchtbaren Thätigkeit gewesen sind, wissen wie er Alles, was er unternahm, mit seinem vollen Interesse und seiner immer auf das Praktische gerichteten Thatkraft zu unterstützen verstand. So finden wir auch in der Wochenschrift während der Zeit, wo er ihrer Redaction angehörte, unvergängliche Spuren seiner Thätigkeit, die sich sowohl in persönlicher Mitarbeit als auch in reichlichen Beiträgen seiner Schüler äusserte; auch bestanden damals engere Beziehungen zur Dorpater medicinischen Facultät. — Im Februar desselben Jahres hörte Dr. E. Moritz auf, als Redacteur zu zeichnen. Er hatte sein Werk auf sicheren Boden gestellt, sah es gut gedeihen und hielt sich daher berechtigt, die unmittelbare Antheilnahme an den Redactionsgeschäften aufzugeben. Sein lebhaftes Interesse und seine Mitarbeit hat er dem Blatt bis heute erhalten. Wir sprechen ihm dafür unsern herzlichsten Dank aus.

Im Juli 1885 übernahm Dr. Gustav Tiling die Redaction der Wochenschrift und führte sie bis zum October 1887. Zu klinischer Lehrthätigkeit an das «klinische Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna" berufen, musste er sich von der Wochenschrift zurückziehen. Sein Nachfolger als geschäftsführender Redacteur wurde Dr. Theodor von Schröder.

Am 23. Februar 1888 erlag Dr. L. von Holst, der bis zuletzt seine Arbeit an der Redaction fortgesetzt hatte, einer Pyämie. Auch Professor E. von Wahl's Mitarbeit hörte erst mit seinem Tode auf. Sein tragisches Ende ist uns Allen noch im Gedächtniss; er erlag am 17. Februar 1890 einer acuten Tuberculose die sich im Anschluss an ausgedehnte schwere Körperverletzungen entwickelt hatte.

Nachdem nun Dr. Th. von Schröder das Blatt einige Zeit allein geleitet hatte, traten Professor Carl Dehio in Dorpat und Dr. Johannes Krannhals in Riga im September 1890 der Redaction bei und sind ihr bis jetzt treu geblieben. Nachfolger Dr. Th. von Schröders's als geschäftsführender Redacteur wurde Dr. Rudolf Wanach im Juli 1892.

Wir glauben unseren Lesern einen guten Dienst zu erweisen, indem wir unserer Festnummer die wohlgelungenen Porträts der drei verstorbenen Redacteure, an die wir mit Liebe und Verehrung zurückdenken, beilegen.

Zum Schluss möchten wir uns erlauben noch einen Wunsch auszusprechen. — Wir haben schon oben erwähnt wie die Existenz der Wochenschrift an das Interesse der deutschen Aerzte in den baltischen Provinzen und im übrigen russischen Reich gebunden ist. Der Anschluss einer Reihe von Vereinen, deren Protocolle nur in unserem Blatt gedruckt werden, ist uns und unseren Lesern sehr werthvoll und wir hoffen dass diese Verhältnisse sich erhalten und noch erweitern werden. Was wir aber wünschen, das ist eine regere Mitarbeit auch der einzelnen Collegen. Nicht nur die Hospitalärzte, sondern auch die praktischen Aerzte in den Städten und vor Allem auch die Landärzte in ihrer aufopfernden und vielseitigen Thätigkeit, verfügen sicher über eine Fülle von Material, das der Veröffentlichung, eventuell der öffentlichen Discussion wohl werth ist, aber aus diesem oder jenem Grunde nicht publicirt wird. Wir betrachten es als eine Hauptaufgabe der Wochenschrift, in ihren Spalten auch die Fragen, die den praktischen Arzt in seinem alltäglichen Berufsleben bewegen, einem grösseren Kreis zu übermitteln.

Mit dem Wunsch also, dass die Bande, welche unser Blatt mit seinem Leserkreis verknüpfen, in Zukunft noch enger werden, treten wir in das zweite Vierteljahrhundert unserer Thätigkeit. Hoffentlich ist es uns beschieden, nach abermals 25 Jahren mit noch grösserer Befriedigung auf die Vergangenheit zurückzublicken.

Ueber das Altern des Herzens.

Von
Prof. Dr. Karl Dehio.
(Dorpat).

Alles Leben ist an die Existenz des belebten Organismus gebunden. In seinen Functionen äussert es sich, mit ihm beginnt es, und mit seinem Ende hört es für unsere sinnliche Wahrnehmung auf. Wo nicht der Organismus durch Krankheit oder äussere Gewalt vorzeitig zerstört wird, da erreicht er sein «natürliches» Ende auf dem Wege des Alterns, der allmählichen Abnahme seines Bestandes und seiner Functionen.

Das Altern des Organismus ist eine Erfahrungsthatsache, deren letzter Grund uns verborgen ist. Wir müssen uns mit der Einsicht begnügen, dass das Auftreten neuer Individuen bei der ein für alle Mal gegebenen Oeconomie alles irdischen Lebens das Absterben der alten voraussetzt.

Wir können nur die Vorgänge beschreiben und analysiren, die mit dem Altern des Organismus und seiner Organe verbunden sind; wir verfolgen die anatomischen Altersveränderungen desselben und wir erkennen das Anderswerden der Functionen, und wir sehen, dass diese regressiven Vorgänge nicht willkürlich und regellos verlaufen, sondern dass in ihnen ein festes Gesetz verborgen liegt.

Beschränken wir uns auf den menschlichen Organismus, so scheint der wesentlichste Theil dieses Gesetzes darin zu bestehen, dass die mit dem Alter auftretende Verlangsamung des Blutumlaufs die centrale Ursache für alle functionellen und anatomischen Altersveränderungen des Körpers abgiebt. Mit der veränderten Blutzufuhr sinkt die Grösse des Stoffumsatzes aller Organe und auf ihr beruht die senile Atrophie derselben, durch sie ist das allmähliche Erlahmen der Functionen bedingt.

Von je her ist die Verlangsamung des Blutumlaufes durch die im Alter auftretende senile Arteriosclerose erklärt worden, und ich brauche nicht näher auf die Erschwerung des Blutstromes einzugehen, welche durch diese Gefässveränderung bewirkt wird. Die mit der Arteriosclerose verbundene Schwächung der musculären Gefässwand, die Abnahme der Elasticität derselben und die sclerotische Verengung der kleinen und kleinsten Arterien wirken zusammen, um eine Erhöhung der Widerstände für den Blutstrom zu erzeugen, die ihrerseits, sofern sie nicht durch eine Verstärkung der Herzarbeit überwunden wird zu einer Verlangsamung des Blutumlaufes führen muss.

Die Arteriosclerose ist der Process, von dem das Altern dss Organismus seinen Ausgang nimmt und nicht umsonst hat Cazalis gesagt: «On a l'âge de ses artères».

Allein es darf nicht vergessen werden, dass die Grösse und Geschwindigkeit des Blutumlaufs nicht allein von den grösseren oder geringeren Widerständen abhängt, die das Blut im Gefässsystem findet, sondern dass als zweiter, nicht weniger bedeutsamer Factor die Kraft auftritt, mit der das Herz diese Widerstände zu überwinden bestrebt ist. Das Herz, diese kraftspendende Quelle der Blutbewegung, spielt bei den Vorgängen, mit denen wir es hier zu thun haben, keine geringere Rolle als die Gefässe, und es ist daher wohl von Interesse, die im Alter vor sich gehenden Veränderungen der Functionen und der anatomischen Beschaffenheit dieses Organes näher zu studiren.

Wenn wir die Blutcirculation eines in der Vollkraft der Jahre stehenden Menschen mit der eines Greises vergleichen, so finden wir schon bei der alltäglichen Betrachtung bedeutungsvolle Verschiedenheiten. Die welke Haut des Greises zeigt einen geringen Turgor und fühlt sich kühl an, was namentlich an den Extremitäten deutlich ist: geringfügige Abkühlungen der Körperoberfläche führen rasch zum Frösteln, die Fähigkeit sich wieder zu erwärmen ist gering. Und das Alles, ohne dass die Bluttemperatur des Greises wesentlich niedriger wäre, als die des jüngeren Menschen. Zur Erklärung dieser Thatsache bietet die (übrigens noch hypothetische) relative Verminderung der gesammten Blutmenge des Greises wohl keinen hinlänglichen Grund, denn wenn eine solche Verminderung thatsächlich vorhanden sein sollte, so kann sie keinenfalls sehr gross sein. Gesunde Greise machen keineswegs einen sonderlich anämischen Eindruck. Es lässt sich also die mangelhafte Versorgung der Körperoberfläche und der Extremitäten mit frischem, warmem Blut aus einer Abnahme der gesammten Blutmasse allein nicht erklären. Wir müssen vielmehr eine Verlangsamung des Blutstroms in den Capillaren der Körperperipherie annehmen. Da nun aber kein Grund vorliegt, weshalb der Blutstrom allein an der Körperoberfläche verlangsamt sein sollte, so ist wohl nicht zu bezweifeln, dass der gesammte Blutumlauf im Körper des Greises eine Verlangsamung erfahren hat.

Es fragt sich nun, ob diese Verlangsamung der Circulation lediglich von der, durch die senile Gefässsclerose bedingte Erhöhung der peripheren Widerstände abhängt, oder ob sich die Thätigkeit des Herzens hierbei gleichfalls verändert hat. Es unterliegt nun keinem Zweifel mehr, dass bei der Arteriosclerose, solange dieselbe noch nicht zur Erlahmung und Insufficienz des Herzens geführt hat, der Blutdruck in der Aorta und den grossen Arterien erhöht ist. Diese Erhöhung des Blutdrucks bei gleichzeitiger Vermehrung der Widerstände im gesammten Gefässsystem ist aber nur möglich bei einer verstärkten Arbeit des Herzens. Dass eine solche thatsächlich vom Herzen des Greises geleistet wird, dafür spricht unter Anderem auch der Umstand, dass das senile Herz im Vergleich zum Herzen des Mannesalters vergrössert und hypertrophisch erscheint. Jenseits des 50-sten Lebensjahres wächst das durchschnittliche Gewicht des Herzens durch Zunahme seiner Muskelmasse zu einer Zeit, wo das durchschnittliche Gewicht des ganzen übrigen Körpers im Gegensatz hierzu langsam zu sinken beginnt. Das Herz des Greises leistet also eine vergrösserte Arbeit und wenn trotzdem die Circulation verlangsamt ist, so liegt das eben daran, dass diese vergrösserte Leistung doch nicht genügt um die durch die Arteriosclerose gesetzten Widerstände vollständig zu überwinden.

Die Altershypertrophie des Herzens ist übrigens eine bekannte Thatsache, die sich auch klinisch meist leicht nachweisen lässt. Man findet oft alte Leute mit einem vollen, harten Radialpuls, die dennoch alle Zeichen eines verlangsamten Blutkreislaufes aufweisen.

Zusammenfassend lässt sich also sagen: die Altersveränderung der Gefässe bedingt eine functionelle und anatomische Altersveränderung des Herzens, die darin besteht, dass das Herz an Gewicht und Masse zunimmt (hypertrophirt) und verstärkte Arbeit leistet, jedoch derart, dass es dadurch einen etwas verlangsamten Kreislauf unterhält. Der für die Circulation erzielte Nutzeffect der Herzarbeit ist geringer als im Mannesalter und in sofern kann man von einer gewissen Insufficienz des Altersherzens sprechen, die jedoch physiologisch ist und bei einer dem Alter entsprechenden ruhigen und geregelten Lebensführung ausreicht um das Leben des Greises innerhalb der Grenze der Gesundheit zu erhalten. Das Altersherz ist den Anforderungen des Körpers an eine

reichliche Blutversorgung weniger gut angepasst als das junge Herz.

Gilt dieser Satz schon für die Körperruhe, so macht er sich in noch viel höherem Mass geltend, sobald verstärkte Anforderungen an das Herz herantreten.

Vergleichen wir wiederum das Greisenherz mit dem des Jugend- und Mannesalters.

Alle Thatsachen und neue Erfahrungen, welch letztere namentlich mit Hilfe des Basch'schen Sphygmomanometers und des Gärtner'schen Tonometers gesammelt worden sind, zeigen, dass jede physische Leistung, jede körperliche Arbeit von einer Erhöhung des arteriellen Blutdruckes begleitet ist, die mit dem Aufhören der Arbeit rasch wieder abklingt. Je stärker die Arbeit, desto höher ist die Blutdrucksteigerung. Diese Erhöhung des Blutdruckes kann nun erzielt werden entweder durch eine Vergrösserung der Herzarbeit allein, oder durch Vergrösserung der Herzarbeit bei gleichzeitiger Erhöhung der peripheren Widerstände — vermittelst vasomotorischer Erregung. Im letzteren Fall wird nun, je nachdem ob die Vergrösserung der Herzarbeit oder ob die Steigerung der vasomotorischen Widerstände überwiegt, die Umlaufszeit des Blutes oder, was dasselbe ist, die Grösse der in der Zeiteinheit durch das Herz fliessenden Blutmenge vergrössert oder verringert sein.

Ich glaube nun, dass bei der physischen Arbeit die Vergrösserung der peripherischen Widerstände gegenüber der gleichzeitigen Verstärkung der Herzarbeit nicht sehr schwer ins Gewicht fällt. Jedenfalls können die arbeitenden Körpermuskeln nicht zur Erhöhung der Widerstände beitragen, denn wir wissen, dass im thätigen Muskel die Blutgefässe stets erweitert und also die Widerstände in demselben vermindert sind und dass die Menge des den Muskel durchströmenden Blutes während der Arbeit desselben vergrössert ist. Wenn also während der Arbeit doch eine Erhöhung der Widerstände in der Aorta stattfinden sollte, so könnte eine solche nur durch vasomotorische Erregung anderer, nicht dem arbeitenden Muskel angehöriger Gefässgebiete hervorgerufen sein.

Wir wissen, dass die Arbeit des Herzens bei körperlicher Arbeit aufs 4—6-fache, ja bei grosser Anstrengung aufs 13-fache ansteigen kann und wir müssen als sicher annehmen, dass die Vergrösserung der Herzarbeit zu einer namhaften Beschleunigung des Blutumlaufes während der körperlichen Arbeit führt. Beim Thier ist das auch experimentell nachgewiesen. Zuntz (Berl. klin. Wochenschrift 1892, p. 366) hat gefunden, dass bei einem Pferde in der Körperruhe 26,5 Liter Blut p. min. durch die Lungen flossen, während zur Zeit der Thätigkeit, die im Ersteigen einer schiefen Ebene bestand, 64 Liter p. Min. den kleinen Kreislauf passirten.

Diese Beschleunigung des Blutumlaufs kann das Herz nur erzielen durch eine Beschleunigung seiner Schlagfolge oder durch eine Vergrösserung seines Schlagvolumens oder, wie es in der Regel geschieht, durch beides zusammen.

In jedem Fall ist hierzu eine Vergrösserung der Herzarbeit nöthig, welche das Herz nur leistet dank seiner Reservekraft, durch die es im Stande ist, sich den wechselnden Bedürfnissen des Körpers nach einer genügenden Blutversorgung in jedem Moment anzupassen.

Diese Anpassungsfähigkeit des Herzens ist im Jugend- und Mannesalter eine sehr grosse. In dieser Lebensperiode kann der herzgesunde, normale Mensch sich die grössten körperlichen Anstrengungen auferlegen, bis zur völligen Ermüdung aller Muskeln arbeiten, ohne dass dabei das Herz insufficient würde. Das Herz prästirt den ganzen Tag hindurch die dem arbeitenden Menschen nöthige Erhöhung des Blutdruckes ohne zu ermüden, und es ist auch plötzlichen Steigerungen der Ansprüche des Kreislaufes in weiten Grenzen gewachsen. Nur excessive Anstrengungen, wie z. B. ein rascher Lauf, Ringen, das ungewohnte Heben schwerer Lasten können auch hier zu Athemnoth, Herzklopfen und zur acuten Dilatation des Herzens führen, aber das ist doch nur der Fall, wenn die Anstrengungen das im gewöhnlichen Leben vorkommende Maass bedeutend übersteigen.

Ganz anders verhält es sich beim Greise. Das Herannahen des Alters merkt er in erster Linie an der Abnahme seiner physischen Leistungsfähigkeit. Während er sich in der Ruhe relativ oder vollkommen wohl fühlt, vermeidet er alle körperlichen Anstrengungen, die er in jungen Jahren spielend geleistet hätte, weil sie ihn jetzt ermatten. Er kann nicht mehr wie früher arbeiten, er legt sein Gewerbe nieder und tritt in den verdienten Ruhestand. Er vermeidet stärkere Bewegung, rasches Gehen, Treppensteigen, Laufen, Springen, weil er weiss, dass ihm das nicht gut bekommt. Sehen wir genauer zu, warum eine physische Arbeit, ein rascher Gang nicht mehr geleistet werden, so finden wir, dass nur zum geringeren Theile die Abnahme der physischen Kraft der Scelettmuskeln die Ursache abgiebt; in überwiegendem Mass ist daran das Herz schuld. Athemnoth, Beklemmung Gefühl der überangestrengten Herzthätigkeit und Herzklopfen, das sind die Beschwerden, die die physische Arbeit begleiten und hindern. Männer, die sich gut beobachten, bemerken daher als erstes Zeichen des Alterns die Abnahme der Leistungsfähigkeit ihres Herzens. «Mein Herz will nicht mehr, wie früher, es zwingt mich Ruhe zu halten und der gewohnten Thätigkeit zu entsagen» das sind die Klagen, denen wir so oft begegnen. Und sie sind wohl begründet.

Die gesteigerten Anforderungen des Kreislaufes werden im Alter nicht mehr mit einer genügenden Verstärkung der Herzarbeit beantwortet, sondern rufen die Erscheinungen der Insufficienz, der mangelhaften Herzthätigkeit hervor, die erst schwinden, wenn sich die ans Herz gestellte Forderungen ermässigen.

Die Anpassungsfähigkeit des gealterten Herzens an zeitweilig gesteigerte Anforderungen des Kreislaufes ist vermindert, es vermag nur noch in beschränktem Masse verstärkte Arbeit zu leisten. Bei körperlicher Ruhe genügt das Altersherz noch allenfalls, allein den Ansprüchen körperlicher Arbeit ist es nicht mehr gewachsen.

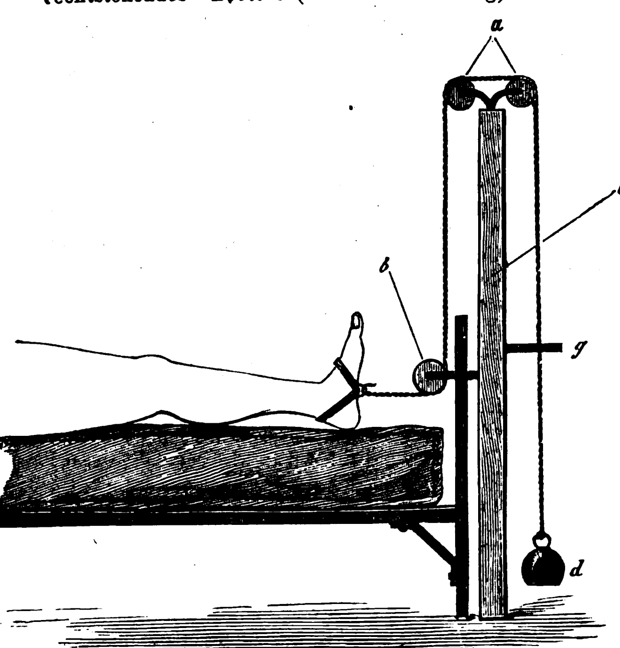
Diese Thatsache, welche jedem Arzt aus der Erfahrung des täglichen Lebens geläufig ist, lässt sich durch die genauere klinische und experimentelle Beobachtung noch weiter analysiren. Die Beschleunigung des Blutumlaufes setzt, wie wir schon sahen, eine Vergrösserung der Herzarbeit voraus, die sich entweder in einer Vergrösserung der mit jeder Systole ausgeworfenen Blutmenge (vergrössertes Schlagvolumen) oder in einer Steigerung der Pulsfrequenz (Beschleunigung der Schlagfolge) oder in beiden zusammen äussert. Es fragt sich nun, wie sich beim Greisenherzen, wo diese Vergrösserung der Herzarbeit nur unvollkommen geleistet wird, das Schlagvolum und die Pulsfrequenz zur Zeit körperlicher Arbeit verhalten.

Was zunächst die Pulsfrequenz betrifft, so möchte ich die Beobachtungen mittheilen, welche ich hierüber angestellt habe.

Ich habe vier bejahrte, aber sonst gesunde Individuen, eine Frau von 60 Jahren und 3 Männer von 58, 65 und 71 Jahren mehrmals rasch durchs Zimmer gehen lassen und in Folge dieser körperlichen Bewegung eine Vermehrung der Pulsfrequenz um 6 bis höchstens 10 Schläge constatirt, während bei 8 jungen und kräftigen

Mädchen von 16—20 Jahren derselbe Gang den Puls um mindestens 20—30 Schläge beschleunigte.

Diese Wahrnehmung veranlasste mich genauere Beobachtungen anzustellen, bei denen ich die folgende Versuchsanordnung benutzte. Ich befestigte an das Fussende eines langen, bequem gepolsterten Bettes ein aufrechtstehendes Brett c (cfr. die Zeichnung) von etwa



4 Fuss Länge. Am oberen Ende dieses Brettes, sowie unten in der Höhe des Bettpolsters befand sich je eine Rolle a und b und über diese beiden Rollen lief eine Schnur, an deren Ende ein beliebiges Gewicht (d) angehängt werden konnte. Das andere Ende der Schnur wurde nun vermittelst einer bequemen Bandage an den Fuss des zu beobachtenden Menschen befestigt. Derselbe musste sich in bequemer Rückenlage auf das Bett hinlegen und nachdem die Schnur an seinem Fuss befestigt war, veranlasste ich ihn regelmässig nach dem Tact eines Metronoms das gefesselte Bein an sich heran zu ziehen und wieder zu strecken. Hierdurch wurde das Gewicht emporgehoben und wieder bis zur Ruhelage gesenkt. Durch einen am Bett angebrachten Widerstand (g) konnte das Gewicht nur in einer gewissen Höhe aufsteigen und dadurch wurde erzielt, dass die in einer gewissen Zeit geleistete Arbeit genau regulirt und für alle zu prüfenden Menschen gleich bemessen werden konnte.

Damit der sich bewegende Fuss nicht durch Reibung am Bettpolster aufgehalten werde, liess ich ihn auf einer glatten, auf das Bett gelegten Holzschiene auf und ab gleiten. Nachdem das zu untersuchende Individuum sich ins Bet gelegt und vollkommen beruhigt hatte, notirte ich seine Pulszahl vor der Arbeit. Der Puls wurde an der Arteria radialis gezählt. Ich liess ihn sodann ein Gewicht von 4090 Gramm (10 Pfund russisch) 50 Mal in der Minute um 40 Cmtr. heben und wieder herablassen. Während dieser taktmässigen Arbeit, sowie zum Schluss derselben notirte ich wiederum seine Pulszahl. So konnte ich bestimmen, um wieviel Schläge die Pulsfrequenz während einer genau abgemessenen Arbeit des Beines zunahm. Auf eine genaue Wiedergabe meiner Beobachtungen muss ich hier verzichten. Ich möchte nur kurz die wichtigsten Resultate derselben angeben.

Zunächst beschreibe ich 7 Versuche an jugendlichen Individuen.

1) P. O. gesundes, kräftiges Mädchen von 15 Jahren. Vor Beginn der Arbeit Puls 76. Nach 5 Minuten Arbeit Puls 104; nach 8 Min. Arbeit Puls 120. Das Bein ist ermüdet, aber im Allgemeinen fühlt sich das Mädchen frisch, empfindet kein Herzklopfen und keine Athemnoth. Nach 2 Min. Ruhe ist die Pulsfrequenz auf 72 Schläge herabgegangen.

2) C. A. gut genährtes, kräftiges Mädchen von 17 Jahren, leidet an Psoriasis. Vor Beginn der Arbeit Puls 82. Das Bein ist nur mit 5 Pfund belastet. Nach 15 Minuten Arbeit Puls 138. Das Bein ist ermüdet, aber im Uebrigen fühlt sie sich frisch und hat weder Herzklopfen noch Athemnoth. Resp. 28 p. min. Nach 3 Min Ruhe. Puls 92.

Nach 10 Minuten Erholung wiederholt das Mädchen die Arbeit mit 10 Pfund Belastung. Puls vor der Arbeit 84, nach 5 Min. Arbeit Puls 140. Das Bein ist ermüdet, aber keine Athemnoth, Respiration 24, sie empfindet kein Herzklopfen. Nach 2 Min. Erholung Puls 90, nach 6 Min. Erholung Puls 86.

3) A. T. kräftiger, grosser Mann von 25 Jahren; leidet an Gonorrhoe. Vor der Arbeit Puls 82. Nach 5 Min. Arbeit P. 104. Nach 15 Min. Arbeit Puls 114. Danach ist das Bein recht müde, er empfindet kein Herzklopfen, keine Dyspnoe Respiration 20. Nach 2 Min. Ruhe Puls 82.

4. N. N. Student von 27 Jahren, kräftig, von mittlerer Statur. Vor der Arbeit Puls 84. Nach 5 Min. Arbeit Puls 106. Nach 15 Min. Arbeit Puls 118. Danach das Bein ziemlich müde; er fühlt sich im Uebrigen frisch, hat kein Herzklopfen, keine Athemnoth. Respiration 24. Nach 1 Min. Erholung Puls 88.

5) N. S. Student von 26 Jahren, kleiner Wuchs. mässiger Ernährungszustand. Vor der Arbeit Puls 76. Nach 5 Min. Arbeit Puls 103. Nach 15 Min. Arbeit Puls 134. Danach das Bein recht müde, fühlt kein Herzklopfen. Athmung ruhig, Respiration 20 nach 3 Min. Erhohlung Puls 96.

6) B. M. Student von mittlerer Statur, guter Ernährung. Vor der Arbeit Puls 84. Nach 5 Min. Arbeit Puls 114. Nach 15 Min. Arbeit Puls 114. Danach das Bein nur wenig ermüdet, kein Herzklopfen Athmung ganz ruhig. Nach 2 Min. Erholung Puls 80.

7) W. G. Student von 25 Jahren, von kleiner Statur, ziemlich blass und mager. Vor der Arbeit Puls 92. Nach 5 Min. Arbeit Puls 132. Nach 6 Min. das Bein total ermüdet, kann nicht weiter, dabei aber kein Herzklopfen, keine Athemnoth, Respiration 22. Nach 1 Min. Erholung P. 100.

Diese Beispiele zeigen uns das Verhalten des Herzens bei jugendlichen, gesunden Individuen. Die ihnen auferlegte Arbeit konnte 15 Min. ohne Beschwerden geleistet werden und obgleich danach eine manchmal recht starke Ermüdung des benutzten Beines verspürt wurde, so war doch das Herz bei Allen vollkommen kräftig und zeigte keine Spur von Erschlaffung. Nur Fall 7 ermüdete schon nach 6 Minuten. Die Athmung blieb aber ruhig und flach wie zuvor, Kurzathmigkeit war nicht vorhanden, Herzklopfen wurde nicht empfunden und nach wenigen Minuten Erholung kehrte das Herz zur früheren, ruhigen Thätigkeit zurück. Bei den übrigen 6 Versuchspersonen erhob sich die Pulsfrequenz schon in den ersten 5 Minuten auf 104 bis 114, um bis zum Schluss nach weiteren 10 Minuten auf 114—140 Schläge pro min. anzusteigen. Nicht alle Individuen reagirten gleich stark. Diejenigen, welche sich durch eine besonders kräftige Muskulatur und gute Ernährung auszeichneten, ermüdeten weniger leicht und zeigten auch zum Schluss der Arbeit eine geringere Pulsfrequenz von 114—120. Die schwächlicheren, welche zum Schluss der Arbeit über starke Ermüdung des Beines klagten und eine grössere psychische und auch relativ stärkere physische Anstrengung aufgewandt hatten, hatten dagegen zum Schluss 132—140 Pulse. Auch sie erholten sich jedoch rasch und die Herzthätigkeit blieb stets rhythmisch und gleich. Arhythmie, die als Zeichen der Ermüdung des Herzens aufzufassen wäre, kam nicht vor.

Ganz anders verhalten sich die bejahrten Individuen. Ich habe an 8 alten Männern Versuche angestellt, die ich hier kurz wiedergebe. Ich bemerke, dass, wo ich meine Versuche an einem und demselben Individuum wiederholt habe, solches stets an verschiedenen Tagen geschehen ist, ohne dass der Betreffende vorher ermüdet war. Es wurden stets 10 Pfund 40 Cmtr. hoch aufgezogen.

8) A. Z. 63 Jahre alt. Kräftig, gut genährt. Vor der Arbeit Puls 68 regelmässig. Respiration flach, 30 p. min. Nach 5 Min. Arbeit Puls 98. Nach 15 Min. Arbeit Puls 102 regelmässig. Danach das Bein stark ermüdet, starker allgemeiner Schweiss, Respiration vertieft, geräuschvoll, dyspnoisch 34 Respiration pro min. Unter den alten Männern ist dieser der jüngste und zugleich der Einzige, der die Arbeit 15 Minuten lang ausgehalten hat.

9) K. J. 68 Jahr alt. Von kleiner Statur, mittelmässiger Ernährung. Vor der Arbeit Puls 68 regelmässig. Respiration ruhig 22 p. min. Nach 5 Min. Arbeit Puls 102 regelmässig, kleiner als vorher. Das Bein total ermüdet. Klagt über Herzklopfen. Respiration vertieft, dyspnoisch, geräuschvoll 32 p. min.

10) R. K. 67 Jahr alt. Von mittlerer Statur, schwacher Ernährung. Vor der Arbeit Puls 70 regelmässig. Nach 3 Min. Arbeit Puls 84 regelmässig. Stellt die Arbeit wegen Ermüdung des Beines ein. Nach 2 Min. Erholung Puls 68.

Versuch wiederholt: Vor der Arbeit Puls 62. Nach 5 Min. Arbeit Puls 76. Stellt die Arbeit wegen Ermüdung ein.

11) B. M. 65 Jahr alt. Langer, hagerer Mann. Vor der Arbeit Puls 76 regelmässig. Respiration ruhig, 20. Nach 5 Min. Arbeit Puls 100. Nach 10 Min. Arbeit Puls 100 regelmässig. Das Bein total ermüdet, Athem dyspnoisch, geräuschvoll, 26. Nach 2 Min. Erholung Puls 78 regelmässig.

12) O. S. 68 Jahr alt. Von mittlerer Statur, schwacher Ernährung. Vor der Arbeit Puls 68 regelmässig. Nach 2 Min. Arbeit Puls 96. Bein total ermüdet. Dyspnoe. Nach 2 Min. Ruhe Puls 72 aber unrhythmisch und ungleich.

13) M. T. 70 Jahr alt, hagerer Mann von schlechter Ernährung. Vor der Arbeit Puls 64 1—2 Intermittenzen in der Minute. Nach 4 Min. Arbeit ist der Mann ermüdet und der Puls beträgt circa 100 Schläge pro min. und ist ganz irregular, nach 3—5 Schlägen eine Intermittenz, welcher am Herzen ein Bigeminus entspricht, dessen zweiter Schlag in der Radialis nicht fühlbar ist.

Versuch wiederholt. Vor der Arbeit Puls regelmässig. Nach 5 Min. Arbeit Puls 100 regelmässig. Nach 7 Min. Arbeit Puls circa 100 ganz irregulär, nach allen 3—5 Schlägen eine Intermittenz. Ist ganz ermüdet und in Schweiss. Vertiefte, dyspnoische, beschleunigte Athmung. Nach 2 Min. Erholung Puls 82 aber noch ganz unregelmässig.

14) K. M. 75 Jahr alt. Kleiner Mann von schwacher Ernährung. Vor der Arbeit Puls 60 regelmässig. Nach 2 Min. Arbeit Puls 63. Ist total ermüdet, ausser Athem, klagt über Herzklopfen. Unmittelbar nachdem er die Arbeit eingestellt, tritt ein tachycardischer Anfall ein mit 120 kleinen Pulsen p. min. Derselbe dauert 1½ Minuten und hört ganz plötzlich auf, indem das Herz wieder 62 Schläge p. min. macht mit 4 Bigeminis.

Versuch wiederholt: Vor der Arbeit Puls 68 regelmässig, mittelvoll. Nach 3 Min. Arbeit Puls 72, klein aber regelmässig. Er hört auf wegen starker Ermüdung und Dyspnoe.

Bei einem dritten Versuch wurde der Puls nach 2 Min. Arbeit total irregulär und nach Einstellung der Arbeit brach wieder ein tachycardischer Anfall von ⅓ Min. Dauer aus, der ganz unvermittelt in einen vollen und regelmässigen Puls von 66 Schlägen p. min. überging.

15) Th. L. 80 Jahr alter, ziemlich gut genährter, für sein Alter auffallend rüstiger Greis. Vor der Arbeit 70, kräftig, regelmässig. Nach 5 Min. Arbeit Puls 110, nach 7 Minuten Puls 114 mit einer Intermittenz. Hat die Arbeit gut ausgehalten, nur mässig dyspnoisch. Nach 2 Min. Erholung Puls 72.

Versuch wiederholt. Vor der Arbeit Puls 56 regelmässig; nach 5 Min. Arbeit Puls 88 mit 2 Intermittenzen. Stellt die Arbeit ein, um sich nicht zu überanstrengen.

Aus diesen Versuchen ist vor Allem ersichtlich, dass die alten und greisen Individuen dieselbe Arbeit, welche von jungen Menschen leicht ausgeführt wurde, nicht zu leisten im Stande sind. Nur der jüngste aus der zweiten Reihe meiner Versuchspersonen, ein 62-jähriger, gut genährter, noch kräftiger Mann zog das Gewicht 15 Min. lang, aber nicht ohne dabei ausser Athem zu kommen. Alle Uebrigen stellten die Arbeit wegen Ermüdung schon nach 10, 7, 5 ja in 4 Fällen schon nach 4, 3 und 2 Minuten ein und das nicht nur, weil das Bein müde und arbeitsunfähig geworden war, sondern weil sie dyspnoisch und athemlos wurden und deshalb nicht mehr weiter konnten. Zwei Männer geriethen dabei in starken Schweiss und mehrere klagten über Herzklopfen. Die Pulsfrequenz, welche dabei von den einzelnen Individuen erreicht wurde, blieb weit hinter der der jungen Menschen zurück und betrug in Fall 8: 102, in Fall 9: 102, in Fall 11: 100, in Fall 12: 96, in Fall 10: 84 und 76. Bei diesen niedrigen Zahlen trat schon Dyspnoe ein, die wir ohne Zweifel als ein Zeichen dafür ansehen müssen, dass das Herz nicht mehr sich vollkommen entleerte, sondern dem im Aortensystem herrschenden Druck gegenüber insufficient wurde. Daher die Steigerung des Blutdrucks in den Venen, namentlich den Pulmonalvenen, die Blutüberladung der Lungen und die Dyspnoe. Im Fall 12, 13, 14 und 15 gesellte sich noch Arhythmie des Pulses hinzu, und wir wissen durch Heidenhain und Knoll, dass diese Erscheinung auch experimentell durch Blutdrucksteigerungen hervorgerufen wird, die die normale Leistungsfähigkeit des Herzens überschreiten. Wir müssen auch in unseren Fällen die Arhythmie als ein Zeichen der acuten Herzinsufficienz ansehen. In Fall 14 habe ich beobachtet, dass durch die körperliche Arbeit neben und an Stelle der Arhythmie typische tachycardische Anfälle hervorherufen wurden, die wir wohl gleichfalls als ein Zeichen der Ueberlastung des Herzens ansehen dürfen. Fall 15, welcher einen auffallend rüstigen Greis betrifft, nähert sich in seinem Verhalten noch am meisten den jugendlichen Herzen.

Meine Versuche bestätigen also die altbekannte Thatsache, dass das Altersherz den durch körperliche Arbeit gesteigerten Ansprüchen des Kreislaufes nicht in so vollkommenem Masse gerecht wird, wie das junge, sondern rascher versagt und relativ insufficient wird; sie zeigen aber ferner, dass diese Insufficienz der Herzthätigkeit schon bei einer recht niedrigen Pulsfrequenz eintritt.

Suchen wir uns klar zu machen, welche Bedeutung diese letztere Thatsache für die Mechanik des Kreislaufes hat. Um weitläufige, abstracte Auseinandersetzungen zu vermeiden, will ich mich an ein concretes Beispiel halten.

Angenommen ein gesunder, junger Mensch habe in der Ruhe 70 Pulse pro min. und ein Schlagvolum von 100 Ccm. Blut, so wird er in der Minute $70 \times 100 = 7000$ Ccm. Blut in die Aorta und die Gesammtheit seiner Körper-Capillaren treiben. Wenn nun dieser junge Mensch eine physische Arbeit zu leisten hat, zu der es erforderlich ist, dass bei gleich bleibenden Widerständen ein 4 Mal grösseres Blutquantum also 28000 Ccm. Blut in der Minute durch den Kreislauf gehn, so leistet das Herz diese vermehrte Arbeit theils dadurch, dass es mit jeder Systole eine vergrösserte Blutmenge auswirft und mit jeder Diastole ein vergrössertes Blutquantum aus den Vorhöfen schöpft, und theils dadurch, dass es die Frequenz seiner Contractionen vermehrt. Wenn nun die Frequenz während der Arbeit auf das doppelte der früheren, also auf 140 Schläge in der Minute steigt, dann wird, um das vierfache Blutquantum in der Zeiteinheit zu fördern auch das Schlagvolum auf das doppelte, d. h. auf 200 Ccm. vergrössert sein müssen. Unter diesen Verhältnissen wird das Herz also bei jeder einzelnen Systole doppelt so viel Arbeit leisten als in der Ruhe.

Nehmen wir nun den Fall eines Greises und fordern wir von ihm dieselbe körperliche Arbeit. Wir wissen aus unseren Versuchen, dass sein Herz in diesem Fall nicht so frequent wird, wie beim Jüngling. Es macht, sagen wir, nur 100 Schläge in der Minute. Wenn trotzdem 28000 Ccm. Blut in der Minute gefördert werden sollten, so müsste das Herz, wie eine einfache Rechnung ergiebt, 280 Ccm. Blut mit jeder Systole in die Aorta treiben, was fast eine Verdreifachung des systolischen Schlagvolums und der mit jeder Systole zu leistenden Arbeit gleich käme.

Es werden also bei der gleichen Beschleunigung der Umlaufszeit des Blutes an die für jede Systole disponible Herzkraft desto grössere Ansprüche gestellt, je

weniger die Pulsfrequenz wächst. Da aber diese Kraft eine begrenzte ist, so ist es klar, dass in dem Fall des Greises mit langsamen Puls die obere Grenze der disponiblen Herzkraft viel eher erreicht und überschritten werden kann als im Fall des jungen Menschen.

Anmerkung: Das gilt natürlich nur unter der wohl zutreffenden Voraussetzung, dass beim jungen Menschen trotz der grösseren Pulsfrequenz das Herz noch Zeit genug behält um den in der Systole verbrauchten Kraftvorrath während der Diastole vollkommen zu ersetzen.

Wenn also das Greisenherz bei stärkerer Körperarbeit rascher an der Grenze seiner Leistungsfähigkeit anlangt als das junge Herz, so liegt das zum Theil daran, dass es seine Schlagfolge nicht mehr genügend beschleunigt und dieselbe den erhöhten Forderungen des Kreislaufs nur mangelhaft anpasst.

Ich sage, es liegt zum Theil an dieser mangelhaften Anpassung, denn es ist sehr wahrscheinlich, dass zum andern Theil auch die Anpassung des Schlagvolums beim Altersherzen ungenügend ist. Ich habe bei meinen bejahrten Versuchspersonen öfters die Beobachtung gemacht, dass anfänglich, wo das Anziehen des Gewichtes noch leidlich gut von Statten ging, sich der Puls voll und kräftig anfühlte, während er später bei fortgesetzter Arbeit klein und niedrig wurde. Ich kann mir dieses Verhalten nur so erklären, dass das Schlagvolum geringer wurde, indem der ermüdende Ventrikel sich schwächer contrahirte und sich vielleicht nicht mehr vollständig entleerte.

Kehren wir zur Pulsfrequenz des Altersherzens zurück, so fragt sich, worin die mangelhafte Beschleunigung derselben bei Körperarbeit ihren Grund hat. Liegt hier ein Mangel der dem Herzen zufliessenden, beschleunigenden Erregungen vor, oder hat das Altersherz die Fähigkeit verloren auf diese Reize mit der früheren Lebhaftigkeit zu reagiren?

Ich glaube, dass Letzteres der Fall ist und hierfür sprechen Untersuchungen, die ich vor Jahren gemeinsam mit meinem Schüler E. Müller (cfr. dessen Dissertation «Ueber die Wirkung des Atropin auf das gesunde und kranke menschliche Herz. Dorpat 1891) vorgenommen habe.

Da die den Herzschlag beschleunigenden Nervenfasern keinen permanenten Tonus besitzen und da wir ferner durch das Atropin, welches die Endapparate der Vagusfasern im Herzen lähmt, alle von aussen auf das Herz einwirkenden, herzhemmenden Einflüsse ausschalten können, so wird die durch das Atropin erzielte Beschleunigung der Schlagfolge des Herzens uns einen directen Massstab für die Energie des automatisch arbeitenden, allen äussern Einwirkungen entzogenen Herzens abgeben. Von dieser Ueberlegung ausgehend, habe ich gemeinsam mit Herrn Müller festgestellt, wie sich der Rhytmus des automatisch arbeitenden Herzens unter dem Einfluss des Atropin in den verschiedenen Lebensaltern verhält. Es wurden 61 gesunden, erwachsenen Personen aller Altersstufen bei ruhiger Bettlage derselben 1—2 Milligr. Atropin sulf. subcutan injicirt und der Effect dieser Einspritzungen auf die Pulsfrequenz durch Zählung des Pulses festgestellt. In 20—30 Minuten war in der Regel die höchste Pulszahl erreicht, danach sank sie im Lauf mehrerer Stunden wieder zur Norm herab. Aus diesen Versuchen geht hervor, dass die allgemeine Anschauung, nach welcher das Atropin bei gesunden Personen eine Beschleunigung der Schlagfolge des Herzens bewirkt, nur eine eingeschränkte Gültigkeit besitzt. Während das Atropin bei jugendlichen Personen eine sehr bedeutende Vermehrung der Pulsschläge (um 30—50 Schläge pro min.) bewirkte, war dieser Effect bei älteren Individuen, namentlich jenseits der fünfziger Jahre ein unverhältnissmässig geringerer, ja manchmal fast garnicht zu bemerken. Eine so schwache Atropinwirkung, dass die Vermehrung der Pulsfrequenz weniger als 14 Schläge pro Minute betrug, haben wir nur bei Individuen jenseits des 50-sten Lebensjahres gefunden. Von 22 Personen im Alter von 16—30 Jahren hatten 18 eine Vermehrung der Pulszahl von 30—50 Schlägen und 4 eine Vermehrung von 15—30 Schlägen erfahren. 5 Personen, die 31 bis 49 Jahr alt waren, zeigten im Maximum eine Beschleunigung von 46, im Minimum eine solche von 20 Schlägen; von 34 Personen die zwischen 50 und 86 Jahr alt waren, zeigten 2 eine Vermehrung der Pulszahl um 30, resp. 34 Schläge 21 eine Vermehrung um 15 bis 29 Schläge und 11 eine Vermehrung um nur 4 bis 14 Schläge pro Minute.

Also je älter die untersuchten Individuen waren, desto mehr häuften sich die Fälle von mittlerer und schwacher Atropinwirkung, womit freilich nicht gesagt ist, dass ausnahmsweise nicht auch alte Leute gut und junge nur mässig auf Atropin reagieren können.

Da zu diesen Versuchen ausschliesslich gesunde Individuen benutzt wurden, so lassen sie nur den Schluss zu, dass die Fähigkeit des Herzens bei Ausschluss der Vaguswirkung frequentere Contractionen zu vollführen, im höheren Alter beeinträchtigt ist. Die automatische Energie des Herzens oder mit anderen Worten der tonische Erregungszustand, respective die Erregbarkeit desselben ist geringer geworden und gleichsam auf einen langsameren Rhythmus eingestellt. Es hat eine gewisse Torpidität Platz gegriffen, für die sich aus der grossen Reihe der senilen Involutionserscheinungen anderer Organe vielfache Analogien anführen lassen.

Als kurz zusammengefasstes Resultat meiner Darlegung ergiebt sich also Folgendes:

Das Herz des gealterten und greisen Menschen functionirt anders als das Herz des jugendlichen und in der Vollkraft der Jahre stehenden Menschen.

1) Die durch die senile Gefässsclerose erhöhten Widerstände im Kreislauf werden nicht vollständig überwunden. Obgleich das senile Herz einen erhöhten Blutdruck in den Arterien des grossen Kreislaufes unterhält, so genügt dieser Blutdruck doch nicht völlig zur Kompensirung der Widerstände und es ergiebt sich daraus eine Verlangsamung des Blutumlaufs im Greisenalter.

2) Die Fähigkeit des Herzens seine Arbeit den jeweilig gesteigerten Anforderungen des Kreislaufes anzupassen ist im höheren Mannes- und im Greisenalter vermindert. Das gealterte Herz vermag nicht mehr so bedeutende Beschleunigungen des Blutumlaufes zu erzeugen, wie sie bei stärkerer, körperlicher Arbeit erforderlich sind. Der Grund hierfür ist darin zu suchen, dass die automatische Energie des Herzens im Alter vermindert ist. Das gealterte Herz vermag nicht so frequente Contraction zu leisten und wahrscheinlich auch nicht so grosse Schlagvolumina zu fördern wie das junge.

Und welches sind nun die anatomischen Veränderungen, die dieser Abnahme der Leistungsfähigkeit des Altersherzens zu Grunde liegen?

Bei den im höheren Alter und Greisenalter verstorbenen Individuen fällt zunächst die relative Grösse des Herzens auf. Die Wandungen sind verdickt und die Höhlen meist erweitert. Ich habe diese dilatative Hypertrophie des Greisenherzens schon erwähnt als eine Folge der verstärkten Arbeit, die es in Folge der allgemeinen Arteriosclerose hat leisten müssen. Ferner

findet sich als regelmässige Erscheinung eine mehr oder weniger hochgradige Sclerose und Atheromatose der Coronararterien und ihrer Verzweigungen; auch die feineren Muskelgefässe haben vielfach eine verdickte Intima und Adventitia. Häufig finden sich auch kleinere oder grössere Muskelschwielen des Herzfleisches, wie das bei der vorhandenen Coronarsclerose nicht Wunder nehmen kann, doch müssen diese Schwielen nicht als ein regelmässiges Befund sondern schon als eine pathologische, wenn auch nicht immer bedeutungsvolle Erscheinung betrachtet werden.

Von viel grösserer Bedeutung ist eine andere, am Herzen aller Individuen regelmässig vorkommende Veränderung des Herzfleisches, der ich in den letzten Jahren mein Studium gewidmet habe. (cfr. meine Arbeit über Myofibrosis cordis im Deutschen Archiv f. klin. Medic. Bd. 62. 1898). Es ist das die von mir so genannte senile Myofibrose.

Wenn man das normale Herz eines gesunden jugendlichen Individuums mikroskopisch untersucht, so sieht man bekanntlich, dass die gesammte Muskelmasse durch Bindegewebssepta in Bündel zerlegt wird, die ihrerseits durch feinere Bindegewebsscheiden in einzelne Fascikel zerfallen. Diese normal präformirten Bindegewebsscheiden gehen theils von dem subepicardialen und subendocardialen Bindegewebe und theils von der Adventitia der Muskelgefässe aus und bilden bei jugendlichen Individuen sehr dünne und feine Lagen. An Herzen, die dem Greisenalter angehören, sieht man dagegen auf Querschnitten sehr deutlich, dass die interfasciculären Bindegewebssepta dicker und breiter geworden sind, man sieht ferner, dass das Bindegewebe auch zwischen die einzelnen Muskelfasern eingedrungen ist, so dass diese letzteren, welche sonst, zu Bündeln geordnet, dicht bei einander liegen und sich unmittelbar zu berühren scheinen, nunmehr durch Bindegewebe von einander getrennt und gesondert sind. Aber auch die Muskelfasern selbst fallen hierbei einer charakteristischen Veränderung anheim. Sie erscheinen nicht mehr dicht aneinander gelagert, sondern von Bindegewebe umgeben und im Einzelnen von sehr ungleicher Dicke und wechselndem Kaliber. Die meisten sind dünn und atrophisch, deutlich im Schwinden begriffen, und nur wenige haben ihre ursprüngliche Dicke bewahrt. Die Lücken beweisen, dass viele Fasern völlig zu Grunde gegangen sind. Es handelt sich bei dieser senilen Myofibrose also offenbar um einen langsam vor sich gehenden atrophischen Schwund der Muskelfasern eines ursprünglich hypertrophirten Herzens. Zu diesem Schwund des Muskelparenchyms gesellt sich die Vermehrung des interstiellen Bindegewebes, welches an die Stelle der verschwundenen Muskelfasern tritt. Dieser Process ist ein diffuser, indem er sich gleichmässig durch die ganze Muskelmasse ausbreitet. Doch pflegt er nicht in allen Herzabschnitten gleich stark entwickelt zu sein. Die Wandungen der Vorhöfe, also die muskelschwächsten Theile des Herzens, sind es, welche in erster Linie von dieser Altersveränderung betroffen werden.

Es ist nun leicht zu verstehen, dass, wo einmal die senile Myofibrose vorhanden ist, die Leistungskraft des Herzens nicht mehr die frühere sein kann. Mag auch die weniger veränderte Muskulatur der Ventrikel im Stande sein ihre Pflichten einigermassen zu erfüllen, so kann man das von den Vorhöfen eines senilen Herzens doch kaum mehr erwarten. In ihnen ist das eigentliche Muskelgewebe zum grossen Theil geschwunden und durch Bindegewebe ersetzt, die zu selbständigen Contractionen befähigte Wand ist in einen, mehr auf seine elastischen Kräfte angewiesenen, passiv gedehnten Sack verwandelt, und die Unterstützung, welche die Herzarbeit durch die Vorhöfe erhält, ist zu einem grossen Theil vernichtet. Eine Beeinträchtigung der organischen Leistungsfähigkeit des Herzens muss die Folge sein.

So finden wir auch für das Herz das Gesetz bestätigt, welches für alle Organe des alternden Organismus gilt: die Abnahme der Function geht mit dem Schwund des functionirenden Parenchyms Hand in Hand.

Kurzer Rückblick auf die Bewegung der Chirurgie in den letzten 25 Jahren.

Von

G. Tiling.

Im Leben des Menschen bilden 25 Jahre einen bedeutenden Lebensabschnitt, im Leben der Wissenschaft einen verschwindend kleinen. Wie aber im Leben des Einzelwesens Entwickelung und Wachsthum nicht stets in gleichem Tempo vor sich gehen, so entfalten und erweitern sich die Wissenschaften nicht in gleichmässigem Schritt, Zeiten langsamen Fortschritts, scheinbaren Beharrens wechseln mit schneller Entwickelung. Solche Zeiten schneller Vorwärtsbewegung fallen wohl immer zusammen mit erreichten Fortschritten auf Nachbargebieten, den Hilfswissenschaften; zumal zu solchen Zeiten wirft ein kühner Gedanke oft mit einem Mal Licht auf weite Gebiete.

Eine derartige Zeit rapider Entwickelung und ungeahnter Fortschritte haben wir soeben in den letzten 25 Jahren in der Chirurgie durchlebt.

Die Hilfswissenschaften waren weit fortgeschritten im Erkennen und im technischen Können, da griff Joseph Lister den Gedanken Pasteur's über die Bedeutung der Mikroorganismen für Gährung und Fäulniss auf, wandte ihn auf die Aetiologie der Wundkrankheiten an und richtete damit einen Scheinwerfer auf das ganze grosse Gebiet der Wundbehandlung. Obgleich ja Lister's Arbeiten schon zu Ende der 60-ger Jahre begonnen hatten, wurden sie doch erst zur Mitte der 70-ger Jahre von der chirurgischen Welt erfasst, ausgebaut und zum Gemeingut der Chirurgen gemacht.

Helle Begeisterung ergriff nun Jung und Alt unter den Chirurgen, da es schien, als ob zielbewusstes, consequentes Handeln die unheimlichen Geister der Septicaemie, Pyämie etc. sicher bannen und den gesetzten Wunden einen glatten, tadellosen Verlauf ohne Störungen garantiren könne. Ein Gedanke rief tausende von begeisterten Arbeitern im ganzen Erdenrund zu hoffnungsvoller, emsiger Thätigkeit wach Das Resultat war ständiges Modeln, Erweitern, Verbessern und endlich Vereinfachen der Lister'schen Vorschriften zur Wundbehandlung, immer zielbewussteres, rationelleres Forschen, Controlliren und Begründen unter dem Einfluss der in rapidem Fluss befindlichen Bacteriologie. Während anfänglich in Nährflüssigkeiten nur Bacteriengemische gezüchtet und untersucht werden konnten, war es seit Robert Koch's Einführung der festen Nährböden in die Bacteriologie möglich geworden die einzelnen Bacterienspecies zu züchten, biologisch zu untersuchen und in ihrer Wirkung auf den thierischen Organismus zu studiren. Damit klärten sich die Anschauungen, manches junge Dogma musste wieder fallen, der Glaube an die Wunderkraft der Antiseptica wurde immer mehr eingeschränkt und an die Stelle der chemischen Desinfection trat die physikalische, die Antiseptik wurde durch die Aseptik verdrängt, so dass heute bei der Behandlung frischgesetzter, noch nicht inficirter Wunden Antiseptica eigentlich nicht mehr in Anwendung kommen.

Es wäre aber irrthümlich und ungerecht zu sagen, Lister's grosser, kühner Gedanke habe sich überlebt und sei zu den Acten gelegt, seine Principien seien ver-

lassen. Nicht im Carbolspray lag das Wesen seiner Lehre, sondern in der Verhütung von Infection der Wunde durch Bacterien. Dieses ist und bleibt der Angelpunkt all unsrer Speculationen und technischen Vervollkommnungen in der Wundbehandlung, dieses bleibt die Grundlage des modernen Fortschritts in der praktischen Chirurgie, man dürfte sagen: der neuen Chirurgie. Erst die Sicherheit des Erfolges in der Wundbehandlung gab die Möglichkeit für den Chirurgen bisher unbetretbare Gebiete gleichsam zu entdecken und zu erobern. Joseph Lister's Namen ist das Wahrzeichen moderner Chirurgie!

Ist nun auch jetzt die Aseptik, überhaupt die Wundbehandlung weit ausgebaut und wissenschaftlich gut begründet, am Ende ihrer Entwickelung ist sie noch lange nicht: bei erfolgter Infection der Wunde, oder gar ein getretener Allgemeininfection ist der Chirurg oft noch ganz machtlos. Ferner, wenn wir auch wissen, dass die Luftinfection früher übertrieben gefürchtet wurde und im Vergleich zur Contactinfection nur von sehr untergeordneter Bedeutung für den Wundverlauf ist; sie besteht unbestritten und kann nicht vollständig verhütet werden, ebenso giebt es noch kein Verfahren die Hände der Chirurgen und die Haut des Kranken von allen anhaftenden und aus den Hautdrüsen nachrückenden Bacterien sicher zu befreien, absolute Sicherheit der Sterilisation haben wir nur erreicht für die leblosen Dinge, wie Verbandzeug und Instrumente. Was nicht in den Sterilisationsapparat wandern kann, ist auch heute nicht sicher keimfrei; und wird es vielleicht auch bleiben.

Schematisiren und weitgehendes Theoretisiren hat nie für die Naturwissenschaften gepasst, vollends nicht für ihre praktische Anwendung, die sogen. strenge, gar trockene Aseptik auf die Hände anzuwenden scheint einem gewissen Fanatismus in der Aseptik zu entspringen und wird wohl die häufige Handwaschung während der Operation und zwar in antiseptischen Lösungen wieder allgemeiner werden zum mechanischen Entfernen und zur Entwickelungshemmung der Bacterien aus Haut und Luft. Es ist erst durch die späteren Arbeiten über die Biologie der Bacterien deutlicher geworden, in wie hohem Grade die Virulenz derselben Bacteriengattung in ihren Einzelindividuen schwanken kann je nach den Lebensbedingungen, unter denen sie gewachsen und je nach dem Boden, auf den sie gepflanzt werden.

Zur Zeit der vermeintlich vollen Souveränität der Antiseptik in Beeinflussung des Wundverlaufs war man der Meinung, dass der menschliche Organismus für die pathogenen Bacterien ein stets gleichbleibender Nährboden sei, man glaubte gesehen zu haben, dass der Wundverlauf unter Antiseptik bei Greisen und Kindern, bei Gesunden und Geschwächten ein gleicher sei. Das übel beleumundete Wort: Disposition steht heute noch niedrig im Course; es ist heute aber gut beglaubigt, dass Bacterienherde (z. B. Staphylococcen) lange Jahre im menschlichen Organismus ruhen oder nur zeitweise ganz leichte Störungen örtlich und allgemein hervorrufen können, dann aber plötzlich zu gefahrdrohender Thätigkeit erwachen und den Träger tödten können, wenn letzterer in seiner Widerstandsfähigkeit durch eine acute Krankheit (z. B. Typhus abd.) geschwächt ist. Damit schaut neuerdings die junge Lehre von den Alexinen und Antitoxinen in die praktische Chirurgie hinein und giebt der Anschauung von angeborener und erworbener Disposition eine concretere Unterlage.

Als ein die weitesten Perspectiven eröffnendes, die gesammte Aerzte- und Laienwelt in grösste Erregung versetzendes Novum trat 1890 die Koch'sche Tuberkulinbehandlung in Erscheinung. Blieb auch die baldige Ernüchterung nicht aus, bestätigten sich die hoch gespannten Hoffnungen auch nicht, so entfesselte doch der Koch'sche Gedankengang eine grosse wissenschaftliche Thätigkeit in dieser Richtung, deren praktische Ausbeute für die Therapie sich noch nicht ermessen lässt, als deren seitliche Abzweigung aber die Serumtherapie aufzufassen ist, durch die der Menschheit schon unendliche Wohlthaten zugeflossen sind in der Behandlung der Diphtherie. Was dort bei der Tuberculose in Aussicht schien, ist hier bei der Diphtherie schon eingetreten, durch die Serumtherapie ist das Messer des Chirurgen vielfach ausser Action gesetzt worden und die Diphtherie hat einen grossen Theil ihres Schreckens eingebüsst.

Wenn schon bei der Verallgemeinerung der Serumtherapie ein starkes Haschen nach Effecten bei den verschiedensten acuten Erkrankungen in Erscheinung trat, so zeigte sich dieses Hasten und oft kritiklose Angreifen nach ungenügenden Vorarbeiten noch viel mehr bei der sogen. Opotherapie. Die grossartigen Erfolge der Schilddrüsenfütterung bei Myxödem und die unleugbaren Erfolge bei Behandlung gewisser Kropfformen durch Schilddrüsensubstanz und durch das Baumann'sche Thyrojodin entfachten einen Wettlauf in dieser Richtung, bisher noch ohne nennenswerthen Erfolg.

Die Behandlung mit abgeschwächten Culturen, mit Bacterienderivaten, die Serumtherapie, die Organtherapie, die Lehre von den Alexinen und Antitoxinen öffnen uns die Augen weit über neue, unendliche Gebiete der Forschung und Naturerkenntniss. Wir betreten diese Gebiete soeben erst und können ihre Ergiebigkeit noch nicht ermessen, aber Grosses und Segensreiches erhoffen wir daher.

Hat nun der Ausbau der modernen Wundbehandlung den Chirurgen beim Operiren mit einer im Vergleich zur Vergangenheit geradezu wunderbaren Sicherheit des unmittelbaren Erfolges ausgerüstet, so droht ihm von anderer Seite heute wie früher derselbe Schrecken des Chloroformtodes in jedem Moment. Für die Mehrzahl der Operationsfälle ist das Chloroform ablösbar geworden durch den wieder erstandenen Aether, aber auch dieser giebt noch einen Todesfall auf 6000 Narcosen, freilich tritt der Tod nicht so blitzartig schnell auf dem Operationstisch ein. Neue, minder gefährliche Mittel zur allgemeinen Narcose sind noch nicht gefunden worden. Dafür ist die allgemeine Narcose selbst von Jahr zu Jahr immer häufiger ersetzt worden durch das Cocain zur Localanaesthesie. Fast für alle kleinen Operationen an oberflächlichen Theilen des Körpers, aber auch schon für einen nicht geringen Theil grosser Operationen seit den achziger Jahren. Ein nicht kleiner Theil der Laparotomien wird heute schon ohne allgemeine Narcose unter Localanaesthesie ausgeführt, falls der Allgemeinzustand des Kranken das wünschenswerth erscheinen lässt, z. B. Gastrostomien, Darmresectionen, Anlegung der Kothfistel, Enteroanastomose, ferner Operationen der Hernien. Die Thoracotomien, von manchen Chirurgen die Kropfoperationen werden unter Cocain gemacht.

Mit dem steigenden Vertrauen zu den Erfolgen der Operationen bei Aerzten und Laien hat die Zahl der Operationen in jeder Anstalt enorm zugenommen und die technische Fertigkeit, sowie die Furchtlosigkeit der Aerzte hat sich proportional der Vervollkommnung der Wundbehandlung in hohem Grade vergrössert.

Was früher dem Fachchirurgen technisch einiges Bangen einflösste, wird heute vom Landarzt ruhig unternommen und erfolgreich durchgeführt.

Ist die Technik des Operirens heute gross und allgemein geworden in der Aerztewelt, so sind andrerseits aber auch die Ansprüche an das technische Können gewaltig gewachsen, man denke nur an die Verpflichtung des Operateurs auch beim kleinsten Krebsknoten stets die regionären Lymphdrüsen mit zu entfernen.

Selbstverständlich sind bei solchem Verfahren die Dauererfolge ganz bedeutend besser geworden, zählte man vor 25 Jahre ca. 8 Procent endgiltiger Heilung beim Brust-

krebs, so ist die Heilungsziffer seit Einführung der principiellen Entfernung der nächsten Drüsenstation bis auf 30 pCt. gestiegen. Ein grosser Fortschritt und doch ein bescheidener Enderfolg!

Vergegenwärtigt man sich, wie radical heute die Krebsoperationen gemacht werden, so lässt sich für die Zukunft kaum eine namhafte Erhöhung der Heilungsziffer erwarten, es sei denn, dass die vielfachen Forschungen über Aetiologie und Therapie des Krebses nach den vielen Scheinerfolgen und harten Enttäuschungen in beiden letzten Jahrzehnten endlich doch ein Mittel ausser dem Messer des Chirurgen gegen den Krebs finden lassen. Weder hervorgeholte, alte pharmacologische Mittel, noch abgeschwächte Bacterienculturen, noch Heilserum, noch Belichten hat helfen wollen, letzteres weder in Form concentrirter, chemischwirkender Strahlen, noch der neuentdeckten Röntgenstrahlen.

Auf dem Gebiete der Diagnostik haben die Röntgenstrahlen eine neue Epoche eröffnet, vorerst in erster Linie in Bezug auf die Knochen- und Fremdkörperchirurgie. — War der Inhalt der Schädelkapsel Object für chirurgisch-therapeutische Eingriffe schon in prähistorischer Zeit, so erlaubte doch erst der moderne Ausbau der Hirnphysiologie bis zur Begrenzung der motorischen Sphäre und die Projection derselben auf die Schädelkapsel dem Chirurgen manche Erkrankungen auch dieses Organs in seinen Bereich zu ziehen. Die Eröffnung von Abscessen und Cysten im Hirn, die Entfernung von Fremdkörpern, die Exstirpation von Narben und Tumoren des Hirns nach Diagnosticirung ihres Sitzes bei geschlossener Schädelkapsel sind grossartige Triumpfe der Chirurgie der beiden letzten Decenien, die wiederum klärend auf die Hirnphysiologie zurückgewirkt haben.

In demselben Zeitraum trat aus der Reihe der physiologisch wenig respectirten Organe die Schilddrüse in die der anerkannt lebenswichtigen Organe durch die schweren Folgen der allzu kühn geübten Totalexstirpation. Die Kachexia strumipriva stellte die hohe Bedeutung dieser Drüse in helles Licht, liess seine entgiftende Thätigkeit im Organismus erkennen und in der Fütterung mit Schilddrüsengewebe, — Extract sowie in dem Baumann'schen Thyrojodin ein Heilmittel ersten Ranges für Kachexia strumipriva, Myxoedem und einige Arten des Kropfleidens finden.

Aus der Thyreoidtherapie erstand eine ganz neue Art von Behandlungsweise, die Organtherapie oder Opotherapie, in ihrem Ursprung ungleich, an Erfolgen arm, an Auswüchsen reich.

Aus der Venen- und Arteriennaht entsprang die kühnste That der modernen, chirurgischen Technik, die Herznaht bei Verletzung des Herzens. Dadurch sind schon mehrmals Heilerfolge erzielt, die in der Geschichte der Chirurgie keine analogen Vorläufer gehabt haben.

Und doch will uns scheinen, am bezeichnendsten für die Riesenschritte der Chirurgie ist die Bauchchirurgie vor 25 Jahren und heute.

Wurde auch damals die Bauchhöhle vom Chirurgen eröffnet, so immer mit Bangen und Grauen vor den Folgen, heute beherrscht der Chirurg fast souverän die Verhütung der Peritonealinfection, darf alle Organe der Bauchhöhle operativ angreifen, den ganzen Darm eventriren, ihn in ganzer Länge durch die Finger gleiten lassen beim Suchen nach einem sonst nicht auffindbaren Passagehinderniss, bei Entfernung einer Niere extraperitoneal sich durch Laparotomie vom Zustande des Paarlings überzeugen, den Gallen- wie Nierensteinen auf ihrem ganzen Wege nachspüren, Steine aus Ureter und Choledochus durch Incision entfernen und den Schnitt vernähen, bei Durchtrennung eines Ureters, denselben in die Blase implantiren, bei Verlegung des Ductus Choledochus die Galle durch Vereinigung der Gallenblase mit dem Darm (Cholecystoenterostomia) wieder in den Darm leiten, bei Undurchgängigkeit des Darms beliebige Darmschlingen ober- und unterhalb des Hindernisses durch Enteroanastomose verbinden, den Mageninhalt bei Pylorusstenose durch Gastroenterostomie in den Darm abführen und dadurch unheilbar Krebskranken für einige Zeit scheinbare Genesung bringen. Grosse Abschnitte des Darms, bis zu 2 Meter und mehr sind weggeschnitten worden ohne bleibenden Schaden für den Kranken, proximales und distales Ende werden End' zu End' vernäht; gestatten es die mechanischen Verhältnisse nicht, blind vernäht und Seit zu Seit durch Enteroanastomose verbunden in der Richtung der Peristaltik, geht das auch nicht, so umgekehrt.

Die Entfernung des Appendix ist zu einer fast alltäglichen Operation geworden um Recidiven der Appendicitis vorzubeugen oder von den Beschwerden der chronischen Appendicitis zu befreien.

Es sind eben die Gefahren der Eröffnung der Peritonealhöhle bis auf ein sehr geringes Procent Mortalität herabgesetzt, aber auch die probatorische Laparotomie darf natürlich nicht als ganz ungefährlicher Eingriff angesehen werden.

Durch die Röntgenstrahlen sind Steine der Niere und der Leber zuweilen dem Auge zugänglich geworden.

Für die Leberchirurgie haben wir in den heissen Dämpfen ein probates Mittel zur Blutstillung kennen gelernt.

Nicht nur das Verhüten der Peritonitis ist weit gediehen, auch die eingetretene allgemeine Peritonitis zu heilen, ist gelungen, freilich bisher noch in bescheidenen Ziffern. In der Peritonealtamponade haben wir ein mächtiges Mittel bei Eröffnung circumscripter Eiterherde im Peritoneum die übrige Bauchhöhle vor Infection zu schützen.

Neben der Chirurgie der Brusthöhle ist es vorherrschend die Bauchchirurgie, die die Chirurgie und interne Medicin wieder eng aneinander gebunden und mit einander verflochten hat; die beiden Disciplinen greifen neuerdings immer complicirter in einander über, so dass auf diesem Grenzgebiete der internen Medicin und Chirurgie Therapeut und Chirurg Hand in Hand gehen, ihre Machtsphäre gegenseitig kennen und das Handeln sich wechselseitig zuzuschieben verstehen müssen.

In Folge dieser engen, häufigen Berührung von Therapie und Chirurgie sind manche Aufgaben der Chirurgie wieder ruhiger und kühler beurtheilt worden als vor wenig Jahren, z. B. die operative Behandlung der Appendicitis.

Auf dem Gebiete der Orthopädie hat die Massage immer weitere und besser begründete Anwendung gefunden, die schlimmen Gelenkversteifungen nach Verstauchungen und einfachen Fracturen haben dank der Massage fast aufgehört zu existiren, dadurch sind die betroffenen Patienten in der Hälfte der Zeit und weniger als ehedem ihrem Wirkungskreise wiedergegeben. Die orthopädische Gymnastik und die Maschinenbehandlung der Contracturen und Scoliosen haben sich wesentlich vervollkommnet, die blutige und unblutige Reposition der Luxatio coxae congenita ist Product unserer Zeit, ebenso die Arthroplastik, Arthrodese, Sehnenverpflanzung und Nervennaht.

Gleichen Schritt mit der Chirurgie im Allgemeinen hat natürlich die moderne Kriegschirurgie gehalten, sowohl im operativen Eingreifen, wie im bewussten Renonciren auf dieses, durch letzteres oft mehr nützend als durch ersteres.

Die Untersuchungen über die physikalischen Wirkungen der modernen Kleingewehrgeschosse begannen vor 1875, aber erst bald nach diesem Zeitpunct erschienen die breiter angelegten, experimentellen Arbeiten über Geschosswirkung, die heute die Grundlage unserer Anschauungen über diesen Gegenstand bilden. Mit der

colossalen Steigerung der Anfangsgeschwindigkeit der Geschosse und der Einführung der Mantelgeschosse traten bisher unbekannte physikalische Erscheinungen uns entgegen — die Sprengwirkung nicht stauchender Geschosse auf Nahdistanz, sowie die practisch nicht wichtige Beobachtung, dass Glasscheiben nicht durchlöchert, sondern in Trümmer zerschlagen werden.

Eine Zurechtstellung durch die Praxis haben die aus den Experimenten abstrahirten anschauungen gefunden durch die Erfahrungen im Transvaalkrieg und Röntgenphotogramme demonstriren ad oculos, wie fürchterliche Zersplitterungen von langen Röhrenknochen noch heilen und Consolidation, somit Functionsfähigkeit geben können. Bei conservativer Behandlung genesen mehr Bauchschüsse als bei primärem Eingreifen.

Haben wir somit in obigen Zeilen in kurzen, allgemein gehaltenen Andeutungen die grossen Ereignisse und imposanten Errungenschaften des letzten Vierteljahrhunderts in der Chirurgie vor unserer Erinnerung wieder vorüberziehen lassen und uns den grossen Fortschritt von einst zu jetzt in's Bewusstsein gerufen, so bleibe auch nicht unerwähnt, dass manche Uebereilung, manche Uebertreibung nicht vermieden werden konnte bei dem allgemeinen, schnellen Vorwärtsdrängen z. B. das Lüften des Schädeldaches bei Mikrocephalie, die Entfernung der ganzen Schilddrüse, das Brechen des tuberculösen Gibbus, Ersatz von Knochen und Gelenken durch Elfenbein-Prothesen etc.

Verführerisch war, dass die Empirie der Ratio oft weit vorausgeeilt zu sein schien, wie in der erfolgreichen Laparotomie bei Peritoneal-Tuberculose.

Wir sollten meinen, wir haben die Grenzen des technischen Könnens bald erreicht und sollten nun harren besserer Erkenntniss in der Aetiologie und Therapie vieler chirurgischen Leiden, gerne sind wir bereit das Messer mehr ruhen zu lassen.

In den vergangenen 25 Jahren liegt eine grosse schöne Zeit hinter uns, es ist viel gerungen, oft geirrt, aber Grosses erreicht worden.

Zur Aetiologie der Aspirationspneumonien.

Von
Dr. A. Ucke.
Prosector am deutschen Alexander-Hospital für Männer in St. Petersburg.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Affectionen der Lungen das weitaus grösste Contingent der Erkrankungen des Menschen ausmachen, sowohl solcher die letal endigen, als auch solcher, die zu einer mehr oder weniger vollständigen Restitution führen. Eine verschwindend kleine Rolle spielen dabei Processe, die aus innern Ursachen entstehen, während die grösste Mehrzahl auf Hineingelangen von irgend welchen Stoffen durch die Respirationswege bis in die kleinsten Bronchien resp. bis in die Alveolen zurückzuführen sind. Aber auch unter diesen bleiben die Processe, die durch Inhalation von reizenden Gasen oder leblosen organischen oder anorganischen Stoffen bedingt sind, weit zurück gegenüber denen, die auf Lebewesen, meist Mikroorganismen zurückzuführen sind. Ich brauche ja hier nur beispielsweise auf die Phthise und lobäre genuine Pneumonie hinzuweisen, die jetzt wohl allgemein als Inhalationserkrankungen anerkannt sind.

Von diesen wird eine Gruppe scharf unter dem Namen der Aspirationspneumonien abgegrenzt, die jedoch nur den Unterschied darbieten, dass die Stoffe nicht staubförmig in die Lunge gelangen, inhalirt werden, sondern in grösseren Partikeln oder Tropfen von der Lunge angesogen werden oder in dieselbe hereinfliessen.

Eigentlich ist der Unterschied nur ein quantitativer, der qualitative liegt in dem anatomischen Resultat, das den Aspirationserkrankungen, ein besonderes Gepräge gibt gegenüber den Inhalationserkrankungen. Naturgemäss wird ein staubförmiger Körper gleichmässig in der Lunge vertheilt gibt eine diffuse Erkrankung des Paranchyms, wie wir es bei der croupösen Pneunomie meist sehen, oder eine Anzahl kleiner Heede, wie es bei der tuberculösen Pneumonie so häufig der Fall ist. Die Aspiration eines grösseren Partikels gibt einen centralen Heerd, von dem aus erst das umgebende Gewebe alterirt wird und der Process um sich greift. Das Resultat ist naturgemäss ein verschiedenes, je nachdem ein mehr oder weniger aseptischer oder mehr oder weniger virulenter Körper eindringt. Es unterliegt keinem Zweifel, dass das anatomische wie klinische Bild in erster Linie davon abhängen wird, was für ein Mikroorganismus dem Fremdkörper anhaftet.

Die 3 Krankheitsbilder, die der oben erwähnten Entstehungsweise ihren Ursprung verdanken, werden von den Autoren als Aspirationspneumonie, Lungenabscess und Lungengangraen auseinandergehalten. Die Unterscheidung ist basirt auf dem klinischen und anatomischen Bilde, die aetiologische Forschung hat bisher keine Einheitlichkeit zu Tage gefördert, noch auch hat sie zur Differenzirung der Processe eine Handhabe geliefert.

Nehmen wir nur z B. die Lungengangraen, so finden wir von Leyden und Jaffé [1]) im Jahre 1867 einen Leptothrix beschrieben, Babès [2]) hat Streptococcen, Staphylococcen und einen Bacillus des malignen Oedems für den Process verantwortlich gemacht, Hirschler und Terray [3]) isolirten einen besondern Coccus, der in Kulturen den characteristischen Geruch gab.

Diese Divergenz der Angaben macht uns heute nicht irre, da, wir wissen, dass verschiedene Erreger gleiche Gewebsveränderungen hervorzurufen im Stande sind, doch kann sie sich auch aus der verschiedenen Methodik der Untersuchung erklären. Während die Arbeit von Leyden und Jaffé aus einer Zeit stammt, wo die Technik sich auf eine einfache mikroskopische Untersuchung, höchstens mit Anwendung von Jod und einigen einfachen Reagentien beschränkte, strebte Babès den Nachweis der Erreger vermittelst der Cultur an. Dass diese leicht zu irrigen Schlüssen führen kann erhellt daraus, dass das Sputum und der Lungensaft nur zu leicht von der Mundhöhle verunreinigt wird, und wir überhaupt in Culturen leicht nur die Mikroorganismen erhalten, die auf unseren künstlichen Nährböden gern üppig wachsen; die schwieriger auskeimenden Formen aber können unserer Beobachtung leicht entgehen.

Dieser Ueberlegung folgend unternahm ich es einige Beobachtungen der Oeffentlichkeit zu übergeben, die noch keineswegs abgeschlossen sind und nicht den Anspruch erheben den ständigen Erreger gewisser Processe bedingungslos gefunden zu haben, die aber doch durch die Constanz des Befundes. die Verwandschaft mit gewissen Processen der Mundhöhle und deren ev. aetiologischen Zusammenhang ein gewisses Interesse zu beanspruchen befähigt sind.

Am 9. Januar des vorigen Jahres wurde mir ein Auswurf zur Prüfung übergeben, in dem ich bei der mikroskopischen Untersuchung eine Anzahl feiner Stäbchen fand, die ich für Influenzabacillen ansprach, daneben aber fielen mir lange feine Fäden auf, denen ich meine be-

---

[1]) Leyden und Jaffé. Ueber putride (foetide) Sputa nebst einigen Bemerkungen über Lungenbrand und putride Bronchitis. Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1867. Bd. II, p. 488.

[2]) Babès. Sur la pathogénie des gangrènes pulmonaires La Semaine méd. 1895, XV. 63.

[3]) Hirschler und Terray. Untersuchungen über die Aetiologie des Lungenbrandes. Wiener med. Presse 1890. № 18 und 19.

sondere Aufmerksamkeit zuwenden musste. Dieselben lagen ausserhalb der Eiterzellen, übertrafen den Durchmesser der letzteren um das 2—3 bis 10 fache und mehr an Länge, waren dabei wenig dicker wie etwa Tuberkelbacillen, doch konnten im Verlauf des Fadens geringe Schwankungen der Dicke häufig beobachtet werden. Sie verliefen nicht geradlinig, sondern machten Krümmungen, Windungen und Schlingen. Nur intensiv wirkenden Tinctionsmitteln zugänglich, konnten sie gut mit Carbolfuchsin und der Carbolthioninlösung von Lanz*) gut dargestellt werden. Die letztere Lösung, mit Weglassung der vom Autor empfohlenen Fuchsinbeimischung, ist von mir vielfach sowohl für Bakterienfärbungen im Deckglastrockenpräparat, wie im Schnitt mit gutem Erfolg benutzt worden: das Thionin scheint in dieser Form eine grosse Affinität für gewisse Mikroorgnismen zu besitzen.

So auffallend der Sputumbefund im gegebenen Falle war, so konnte ich demselben zunächst keine grosse Bedeutung vindiciren, da immerhin der Einwand nahe lag, dass wir es mit einer Verunreinigung aus der Mundhöhle zu thun hatten Anders gestaltete sich jedoch das Ding, als der Befund im Sputum constant blieb, auch als die Influenzabacillen ganz geschwunden waren. Zu dem Process in den Lungen gesellte sich jedoch noch eine Pleuritis hinzu und in dem durch Probepunction gewonnen eitrigen Exsudat fanden sich diese Fäden wie in Reincultur vor. Waren schon Versuche gemacht worden aus dem Sputum die Fäden zu cultiviren, so wurde das pleuritische Exsudat erst Recht zu diesem Zweck verwerthet, allein ohne jeglichen Erfolg. Auch Thierversuche blieben bei intraperitonealer Injection resultatlos.

Von dem weitern Krankheitsverlauf genügt es zu erwähnen, dass das pleuritische Exsudat derartige Dimensionen annahm, dass zur Thorakotomie geschritten werden musste, wobei es gelang durch die Thoraxwunde eine Abscessöffnung in der Lungenpleura zu sehen. Noch lange Zeit über liessen sich in Sputum und Pleuraexsudat die Fäden nachweisen: nach der Thorakotomie allerdings zuerst mit anderen Mikroben vergesellschaft und zuletzt durch diese ganz in den Hintergrund gedrängt Der Pat. erholte sich und verliess im Mai das Hospital um in einem Sanatorium weitere Besserung anzustreben.

Wir stehen hier der Frage gegenüber, wofür wir diese Gebilde, die zweifelsohne eine gewisse Rolle im Verlauf des Krankheitsprocesses gespielt haben, zu halten haben. Dass es organisirte Lebewesen, die parasitär im menschlichen Organismus sich befunden, bedarf wohl kaum des Beweises. Ihre fädige Natur lässt zunächst an Schimmelpilze denken, doch weisen diese grössere Dickendimensionen und characteristische Structur zumal der Wandungen auf. Dasselbe gilt vom Leptothrix oder wie er richtiger genannt wird bac. maximus buccalis (Miller), zumal auch die Jodreaction negativ ausfiel. Eine hervorragende Aehnlichkeit aber weisen diese Fäden mit dem Actinomyces auf, wie wir sie zumal in Culturen zu sehen gewohnt sind. Während aber schon der Krankheitsverlauf und das klinische Bild eine actinomycotische Erkrankung ausschliessen liess, war auch das makro- und mikroskopische Bild nicht das für diese Krankheit gewohnte. Es fehlten die Körnchen, die Drusen und Kolbenbildungen. Diese Aehnlichkeit leitet uns jedoch, wie ich glaube auf die richtige Spur: wenn es auch nicht Actinomycespilze selbst sind, so gehören sie derselben Gruppe an, ich meine den Streptothricheen, zu denen ja jetzt auch der Tuberkel-, der Rotz- und Diphtheriebacillus gerechnet werden.

*) A. Lanz. Ueber die Färbung des Trippersecretes mit Anilinfarbengemischen. Deutsch. med. Wochenschr. 6 X 98 № 40.

Wenn bereits das morphologische Bild in uns diesen Gedanken wachrief, so wurden wir in unserer Ansicht bestärkt, dadurch, das es uns gelang einzelne Fäden mit wahrer Verzweigung wahrzunehmen, sowie durch die misslungenen Culturversuche. Was die Gram'sche Färbung anbetrifft, die für die Streptothricheen characteristisch sein soll, so war mir der negative Ausfall derselben kein Gegenbeweis, da ich dieselbe für Culturen des Actinomyces aus eigner Erfahrung auch nicht für bindend halte.

Ich meine dass wir dennoch an der Streptothrixnatur dieser Fäden kaum zweifeln können.

Nach diesem höchst instructiven Fall, achtete ich bei Sputumuntersuchungen stets auf derartige Gebilde und in der That habe ich sie zuweilen, aber untermischt mit anderen Mikroorganismen gesehen, doch waren mir vielfach die zugehörigen klinischen Beobachtungen nicht zugänglich.

Anfang September vorigen Jahres erhielt ich im Alexanderhospital wiederum ein Sputum, das meine Aufmerksamkeit in hohem Grade fesselte. Im Deckglastrockenpräparat fanden sich neben und z. Th. in den Eiterzellen eine ungeheuere Menge feiner Fäden von verschiedener Länge: von solchen die man auch als Stäbchen bezeichnen konnte und die gerade in den Eiterzellen Raum hatten, bis zu solchen die den Durchmesser um das vielfache übertrafen. Die längern Fäden waren z. Th. spiralig gewunden, die kürzeren zeigten kolbenförmige Anschwellungen, endlich waren viele kurze ovale Gebilde vorhanden, die scharf contourirt, in der Mitte heller gefärbt erschienen und den Eindruck von Sporen oder Gonidien machten. Das ungeheuer mannichfaltige Bild, dass ein solches Praeparat bietet, lässt sich nicht im Detail schildern, doch macht es durchaus den Eindruck, dass alle diese Gebilde Entwickelungsstufen eines Organismus darstellen, eine Verunreinigung durch coccen und Stäbchen anderer Natur ist, wenn überhaupt, nur in geringem Grade vertreten.

Auf Grund dieses Bildes, welches mir durchaus nicht neu war, sprach ich die Vermuthung aus, dass der Pat. an Lungengangraen oder einem verwandten Process leide.

Wenige Tage drauf hatte ich Gelegenheit mich durch die Autopsie zu überzeugen, dass meine Wahrscheinlichkeitsdiagnose richtig war. Die Section ergab ein Oesophaguscarcinom in der Höhe der Bifurcationsstelle mit Perforation in den linken Bronchus und Lungengangraen des linken Unterlappens

Der von der Schnittfläche der Lunge abgestrichene Lungensaft ergab bei entsprechender Färbung das gleiche Bild, wie die Sputumpräparate, doch waren hier unzweifelhafte Beimengungen von Coccen festzustellen. Culturversuche aus dem Lungensaft liessen nur Colonien von Coccen aufgehen und befriedigten mich ebensowenig, wie die Thierversuche, die allerdings haemorrhagische Pleuritiden bei Meerschweinchen und Kaninchen erzielen liessen, doch auch stets Beimengungen von Coccen aufwiesen. Ausserdem bedurfte es stets der Injection bedeutender Mengen um ein letales Ende herbeizuführen.

Viel interessanter war das Bild im mikroskopischen Präparat auf Schnitten durch die gangraenöse Lunge.

Bei Färbungen der Schnitte in der oben erwähnten Thioninlösung konnten schon bei schwacher Vergrösserung dunkelblauviolette Heerde wahrgenommen werden, die auf den ersten Blick eine gewisse Aehnlichkeit mit Actinomycesheerden hatten. Bein Anwendung stärkerer Objective (Immersiou) konnte festgestellt werden, dass diese Heerde aus einem Gewirr feiner Fäden bestanden, die nach der Peripherie kurze strahlenförmige Ausläufer entsandten und im Centrum eine vom Eosin rothgefärbte Masse enthielten, die aus Gewebsdetritus bestand. In der Umgebung der Heerde war das Gewebe necrotisirt, enthielt wenige Eiterzellen, Zellkerne und Kernfragmente,

darauf folgte eine Zone kleinzellig infiltrirten Gewebes. Die anliegenden Alveolen waren mit Eiterzellen, Detritusmassen, Alveolarepithelien und z. Th. mit Fibrin erfüllt.

Das Ganze machte den Eindruck, als ob von den Conglomeraten Fäden in Reih und Glied ins umgebende Gewebe vordringen, dieses in Entzündung und zuletzt in Colliquation versetzen, hinter sich eine necrotische Gewebsmasse lassend.

Das Bild erinnerte mich lebhaft an dasjenige was ich in einigen Fällen von Noma zu beobachten Gelegenheit hatte, wie es auch von Perthes[5]) beschrieben ist[6]). Auch da sehen wir an auf gleiche Weise behandelten Schnitten einen blauen Wall von Fäden gegen das kleinzellig infiltrirte Gewebe vordringen, hinter sich necrotisch zerfallene Massen lassend. Wie Perthes gelang es auch mir in einem Falle eine Cultur zu erlangen, an der ich mich von der Streptothrixnatur dieser Fäden überzeugen konnte.

Wir sehen somit zwei verwandte Processe die mit Necrose des Gewebes einhergehen von verwandten Organismen bevölkert; ob sie die Erreger derselben sind muss vorläufig dahin gestellt bleiben, ehe nicht die Constanz des Befundes in einer grossen Anzahl von Fällen, ev. gelungene Cultur- und Thierversuche das zur Evidenz erweisen. Gleich hier will ich aber erwähnen, dass es mir in noch zwei weiteren Fällen von Lungengangraen gelang den gleichen bacteriologischen Befund zu constatiren. Auf einen vierten Fall werde ich später näher einzugehen haben.

Der beschriebene Sputum- resp. Lungensaftbefund, wie er von mir beschrieben worden ist und wie ich ihn in der mir zugänglichen Literatur nicht erwähnt gefunden habe, bedarf jedoch noch eines besonderen Interesses. Hingelenkt auf diesen Umstand bin ich durch Untersuchungen, die ich mit Dr. P. Hellat gemeinschaftlich ausgeführt habe, und die zuerst Gegenstand einer Mittheilung waren in der Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte vom 18. April 1900[7]), später von Dr. Hellat auch auf dem Pariser internationalen Aerztecongress mitgetheilt worden sind. Es handelt sich um die sogenannten Tonsillarpfröpfe, an denen viele Personen zeitlebens leiden und über deren Zusammensetzung bisher in der Literatur keine präcisen Angaben zu finden waren. Mit Dr Hellat konnten wir feststellen, dass die Tonsillpfröpfe fast ausschliesslich aus einem Gewirr von Fäden bestehe, die genau dieselbe Structur haben, wie sie von mir im gangraenösen Sputum gefunden und beschrieben ist. Diese von uns als Streptotricheen angesehenen Fäden wachsen offenbar in den Krypten der Tonsillen zu Pfröpfen aus, bilden aber auch an den Zahnrändern kleine Beläge oder siedeln sich in anderweitigen Höhlen in und zwischen den Zähnen an. Sie verursachen den penetranten Geruch und unangenehmen Geschmack, der von hohlen Zähnen und schlecht gepflegtem Munde ausgeht, ebenso wie von den Tonsillarpfröpfen.

Diese auffallende Aehnlichkeit des mikroskopischen Befundes musste in mir den Verdacht erwecken, dass zwischen der Entstehung der Lungengangraen und den Pilzwucherungen in der Mundhöhle ein Zusammenhang bestehe. Wenn man die Präparate darauf hin vergleicht, so kann man nicht an der Identität der Gebilde, die sich darin finden, zweifeln, allein es steigt das Bedenken auf, wie es denn kommt, dass diese Fäden so oft und in so grosser Menge im Munde vorkommen und die Lungengangraen so selten zur Beobachtung kommt.

Ich glaube jedoch, dass in diesem Falle verschiedene Momente mitspielen, die das Paradoxe dieser Erscheinung sehr natürlich machen.

Die Rasen als solche haften dem Boden auf dem sie wachsen sehr fest an und von der Oberfläche können nur einzelne Gonidien oder geringe Partikel durch den gewöhnlichen Luftstrom beim Athmen fortgeführt werden. Wie schwer aber die Streptotricheen auskeimen und zum Wachsen zu bringen, sind wissen die Bacteriologen sehr gut und auch im Munde wuchern sie nur an geschützten Orten. Wenn aber einzelne keimfähige Gebilde doch in die Lungen inhalirt werden, so ist für ihr Fortkommen wenig Chance vorhanden, es sei denn, dass sie auf einen vorbereiteten Boden fallen, oder die Ventilation der Lungen im geschwächten Organismus nur schwach vor sich geht. Ein anderes Moment zum Zustandekommen einer Infection der Lunge tritt aber in dem Augenblick ein, wenn die Möglichkeit des Hineingelangens grösserer Partikel gegeben ist, was durch unnatürliche Communicationen zwischen den Speise- und Luftwegen oder durch Schädigungen der nervösen Schutzvorrichtungen zu Stande kommt. Ein Conglomerat von Fäden vielleicht mit gleichzeitiger chemischer Schädigung des Gewebes ergiebt günstigere Bedingungen zum Weiterwuchern der Keime.

Schon seit langer Zeit ist eine Reihe von Fällen von Lungengangraen auf den Import von Speiseartikel zurückgeführt worden; für uns wird es erklärlich wo sich diese Partikel mit dem infectiösen Agens versehen, wenn wir in Betracht ziehen, dass beim Kauen die Speisen den Streptothrixbelag der Zähne abscheuern und mit sich nehmen, auffallend ist aber die Thatsache, dass ähnliche Processe vom Darm ausgehend bis jetzt wenigstens noch nicht beschrieben sind. So viel ist aber doch schon bekannt, dass die Flora im Darm eine durchaus verschiedene ist von der des Magens und des Mundes. Dafür aber, dass die Streptothricheen noch vom Duodenum aus infectiös wirken können, habe ich eine beweisende Beobachtung anzuführen, die ich in Kürze hier mittheilen will.

Ein Patient bei dem klinisch ein Abscess der Lebergegend nur vermuthet wurde, bei dem aber offenbar ein Durchbruch in die Lunge stattgefunden hatte, ging wenige Tage nach Aufnahme ins Hospital zu Grunde. Die Autopsie ergab zwei Duodenalgeschwüre, von denen das eine in eine Höhle führte, die durch Verklebung von Duodenum, Gallenblase und Unterfläche der Leber gebildet war; diese Abscesshöhle zog sich an der Unterfläche der Leber bis ans Zwerchfell, bog hier an die Hinterwand bis an die Oberfläche, wo zwischen Zwerchfell und Leber eine grosse Höhle sich fand. Eine Perforationsöffnung durch das Zwerchfell führte direct in die mit dem letztern ebenfalls verklebte Lunge und hatte hier eine schlaffe Pneumonie mit grau verfärbtem Gewebe zu Stande gebracht. Der von der Schnittfläche der Lunge ausfliessende Saft, wie der jauchige Eiter der Abscesshöhlen war sehr übelriechend und wies im mikroskopischen Präparat das uns bekannte Bild von zahlreichen langen Stäbchen und Fäden auf. Der Vollständigkeit des anatomischen Befundes wegen sei erwähnt, dass die Gallenblase mehrere bizarrgeformte grosse Steine enthielt.

Der gegebene Fall lässt allerdings die Deutung zu, dass das durch den Durchbruch des Abscesses geschädigte Lungengewebe von den Luftwegen aus nachträglich mit Streptothricheen inficirt worden wäre, doch möchte ich dem entgegen hier bemerken, dass der Abscesseiter bedeutend reicher an den fraglichen Gebilden war, wie der Lungensaft.

---

[5]) Perthes: Ueber Noma und ihren Erreger. Archiv für klin. Chirurgie. Bd. LIX. 1899. p. 111.

[6]) Die Präparate verdanke ich der Liebenswürdigkeit des Herrn Collegen Eug. Schmidt, der die 3 Fälle von Noma im Nicolaikinderhospital beobachtete und mir das Material zur mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchung übergab. Er gestattete mir die Ergebnisse für die vorliegende Mittheilung zu verwerthen, wofür ich ihm auch an dieser Stelle meinen aufrichtigsten Dank aussprechen möchte.

[7]) St. Petersburger med. Wochenschrift 1900, Nr. 44, p. 421.

Nach dem Gesagten glaube ich den beschriebenen Gebilden, die ich für Streptothricheen halte, eine gewisse Bedeutung für eine Reihe von Erkrankungen der Lunge zusprechen zu können und hoffe bei weiterer Prüfung der Angelegenheit auf Bestätigung meiner Befunde. Jedoch will ich durchaus nicht bestreiten, dass ähnliche oder gleiche Processe durch andere Mikroorganismen herbeigeführt werden können, gleich wie ich von den Streptothricheen nicht nur ein anatomisches Resultat erwarte, nämlich, das der Lungengangraen und des Lungenabscesses, sondern zugebe, dass sie auch abweichende Bilder hervorzurufen im Stande sein können.

Tetanie, Laryngospasmus und deren Beziehung zur Rachitis.

Von

Dr. M. Abelmann.

Ordin. Arzt am Elisabeth-Kinderspitale zu St. Petersburg.

Die Aetiologie und Pathogenese der Kindertetanie haben in den letzten Jahren die Pädiater ganz besonders beschäftigt; auf allen Congressen und speciellen Aerzteversammlungen stand dieses Thema auf der Tagesordnung; es gab Veranlassung zu umfangreichen Discussionen und rief eine grosse Zahl gediegener Arbeiten hervor. Bei uns in Russland existirt zwar ein recht grosses Material über die Tetanie der Erwachsenen — ich nenne hier die Arbeiten von Oseretzkowski, Rybalkin, Alexejew, Kumberg, Bechterew, Minor, allein die eben erwähnte Frage von dem Wesen der Kindertetanie hat nur geringe Beachtung gefunden. Ich habe es deshalb unternommen an dem ambulatorischen Materiale des Elisabeth-Kinderspital's die Fälle von Tetanie und von Laryngospasmus eingehender zu besichtigen und nach Möglichkeit die Beziehung dieser beiden Krankheiten zu einander und zu der englischen Krankheit klarzustellen.

Bekanntlich verstehen wir unter «Tetanie», — der Name stammt von Corvisart — tonische, intermittirende, bilaterale, meist schmerzhafte Krämpfe, die gewöhnlich bei vollem Bewusstsein verlaufen, zunächst die oberen Extremitäten ergreifen und die Finger in die eigenthümliche, ganz charakteristische «Geburtshelferhandstellung» bringen. Sehr oft betheiligen sich auch die unteren Extremitäten, wobei die «Equinusstellung» eingenommen wird. In der anfallsfreien Zeit, der sog. Latenzperiode der Tetanie, gelingt es durch Druck auf den Plexus brachialis im Sulcus bicipitalis int. den typischen Anfall auszulösen, — ein Symptom, das zuerst vom genialen Trousseau entdeckt worden war; ferner ist für die Tetanie charakteristisch die mechanische Uebererregbarkeit der Nerven und Muskeln: beim Beklopfen des N. facialis an der Stelle, wo er aus dem Foramen stylo-mastoideum hervortritt, treten lebhafte Zuckungen in den Gesichtsmuskeln derselben Seite auf (Facialisphänomen oder Chrostek'sches Symptom); auch bei unmittelbarem Beklopfen der Gesichtsmuskeln gerathen diese in ausgiebige Zuckungen. Erb hat auf die gesteigerte elektrische Erregbarkeit der motorischen Nerven namentlich für den galvanischen Strom hingewiesen, und Hauser hat dieses Symptom bei der Kindertetanie ganz besonders verwerthet; endlich constatirte noch Hoffmann eine Ueberempfindlichkeit für die sensiblen Nerven gegenüber elektrischen und mechanischen Reizen. Die eben angeführten Phänomene, die zur Feststellung der Diagnose «Tetanie» dienen sollen, gewinnen eine ganz besondere Bedeutung in den Fällen von sog. latenter Tetanie, wo die eigentlichen Krampfanfälle ganz ausbleiben oder nur selten in Erscheinung treten, — und hier begegnen wir bereits den Meinungsverschiedenheiten der Autoren über den diagnostischen Werth der einzelnen Phänomene. Einige verlangen zur Feststellung der Diagnose «latente Tetanie» das Vorhandensein aller oben erwähnten Symptome, während andere die Krankheit schon bei Vorhandensein des einen oder des anderen Phänomens diagnosticiren. Schlesinger hat an 533 gesunden und an anderen Krankheiten laborirenden Personen festzustellen versucht, ob die für die Tetanie charakteristischen Symptome auch anderweits zu finden wären. Er constatirte das Facialisphänomen unter 53 gesunden Personen 2 mal, bei 480 Kranken 161 mal; am schärfsten war dieses Symptom ausgesprochen bei der Tetanie, Hysterie, Neurasthenie und bei der Tuberkulose; bei 200 Kindern im Alter bis zu 8 Jahren fand er das Chvostek'sche Symptom 4 mal. Nach Schlesinger kann man allein auf Grund der Anwesenheit dieses Symptom's die Tetanie nicht diagnosticiren. Das Trousseau'sche Phänomen fand er nie bei anderen Krankheiten und vindicirt deshalb diesem Symptom die grösste diagnostische Bedeutung. Dieselbe Ansicht vertritt Loos, der das Facialisphänomen häufig bei Kindern, die nie an Krämpfen gelitten hatten, constatiren konnte; dagegen schreiben Ganghofner, Boral und andere Autoren diesem Phänomen eine sehr grosse Bedeutung zu.

Was nun im Allgemeinen die Kindertetanie anlangt, so finden wir zwar schon bei älteren Autoren, wie John Clarke, Tonnelé, Rilliet und Barthez eine Beschreibung derselben, doch war wohl Soltmann der erste der das ganze klinische Bild der Krankheit skizzirt und auf die Magen-Darmaffectionen — als eine der Hauptursachen der Tetanie hingewiesen hat. Koppe konnte in allen seinen Fällen dyspeptische Störungen nachweisen und Baginsky weist direkt als ätiologisches Moment — auf die Intoxication vom Darmcanale aus hin, wobei er aber einen innigen Zusammenhang mit der Rachitis annimmt. Auf dem internationalen Congress zu Berlin berichtete Escherich über eine von ihm in der Graz'er Kinderklinik beobachtete Tetanieepidemie (30 Fälle). Diese Kinder laborirten durchaus nicht an Darmstörungen, auch waren keine ausgesprochene Symptome der englischen Krankheit zu constatiren, dagegen bestand fast bei allen Kindern Laryngospasmus; bei 50 pCt. der erwähnten Fälle waren keine typischen Tetanieanfälle wahrzunehmen, dagegen liessen sich die Erscheinungen der latenten Tetanie, — das Trousseau'sche und Chvostek'sche Phänomen demonstriren. Escherich schliesst auf Grund seiner Beobachtungen, dass die Tetanie und der Laryngospasmus in inniger Beziehung zu einander stehen und nicht in ursächlicher Beziehung zur Rachitis. Aehnliche Epidemien sind von Gay, Loos, Ganghofner und anderen Autoren beschrieben worden. Loos behauptet, dass der Laryngospasmus ein Symptom der Tetanie bedeute, dass man allein auf Grund von Vorhandensein dieses Symptom's die Tetanie diagnosticiren könne, und dass endlich die Rachitis hier als ätiologisches Moment nicht in Betracht komme.

Diese von Escherich und Loos stark vertheidigte Lehre wurde zunächst von Kassowitz angegriffen; nach ihm stellt die Tetanie nur ein Symptom der Rachitis dar; unter 370 Fällen von Laryngospasmus konnte er bei 346 ausgesprochene rachitische Erscheinungen constatiren. Die Thatsache, dass die Tetanie zu gewissen Zeiten epidemisch auftritt, erklärt Kassowitz dadurch, dass auch die Rachitis zu der betreffenden Zeit in gehäufter Weise zur Beobachtung kommt, endlich wird der therapeutische Effect des Phosphors noch als Beweis herangezogen. Boral hat 121 Fälle von Laryngospasmus beobachtet und bei allen ausgesprochene rachitische Symptome nachweisen können, jedoch nur in 13 Fällen waren Tetanieanfälle aufgetreten, er schliesst deshalb,

dass die Kindertetanie keine idiopathische Erkrankung darstelle, sondern eine der vielfachen Complicationen der Rachitis; Laryngospasmus könne sich wohl zur Tetanie hinzugesellen an und für sich aber gebe derselbe nicht Veranlassung zur Diagnose der latenten Tetanie. Eine gewisse vermittelnde Stellung in der viel umstrittenen Frage nehmen Cassel, Kalischer, Fischl und andere Autoren ein. Unter 7000 Kindern beobachtete Cassel 60 Fälle von Tetanie im Alter von 4—9 Monaten, und unter diesen waren nur bei zweien laryngospastische Anfälle vorhanden. Auf Grund seines reichen Materiales bestätigt Cassel einerseits den innigen Zusammenhang des Spasmus glottidis mit der Rachitis, andrerseits aber negirt er eine innige Beziehung dieser zur Tetanie Letztere stellt nach ihm eine selbstständige Erkrankung dar, die durch ungünstige Lebensbedingungen, unzweckmässige Ernährung und durch Verdauungsstörungen hervorgerufen werden kann.

Meine Beobachtungen am ambulatorischen Material des Elisabeth-Kinderspitals begannen im September 1896 und wurden 2 Jahre lang durchgeführt. Es wurden von mir untersucht 21 Fälle von Tetanie und 86 Fälle von Laryngospasmus. In jedem Falle notirte ich: den allgemeinen Ernährungszustand, die vorhandenen rachitischen Symptome oder Zeichen von überstandener Rachitis, den Bestand der Zähne, etwaige laryngospastische Anfälle, das Vorhandensein der bekannten Tetaniesymptome, das Verhalten des Darmcanals und den Effect des Phosphors. Die Untersuchung der elektrischen Erregbarkeit der Nerven musste fallen gelassen werden, weil eine solche Untersuchung an einem ambulatorischen Material mit zu grosser Schwierigkeit verbunden ist.

Bevor ich nun zur Vorführung meiner Resultate schreite, möchte ich hier darauf hinweisen, dass man bei der Constatirung der Tetaniesymptome mit einer gewissen Reserve herantreten muss. v. Ranke hat bereits auf die Aehnlichkeit der Tetaniekrämpfe mit dem bekannten spastischen Zustand der Muskeln, wie derselbe in den Anfangsstadien des Hydrocephalus zu finden ist, aufmerksam gemacht. Auch ich konnte häufig eine solche spastische, constante oder periodisch auftretende Muskelcontraction beobachten, jedoch konnte dabei gewöhnlich nicht die bekannte, für Tetanie so ausserordentlich charakteristische Stellung der Hände und der Füsse nachgewiesen werden; meist besteht in solchen Fällen eine spastische Contractur in den Ellenbogen und Kniegelenken. Ferner erfordert die Ausführung des Trousseau'schen Phänomen's und die Deutung desselben eine gewisse Vorsicht: das Andrücken im Sulcus bicipitalis muss eine Zeit lang (1—4 Minuten) währen; es genügt in einigen Fällen eine Minute langes Andrücken, um die typische Stellung hervorzurufen, in anderen Fällen muss länger angedrückt werden, und der Krampfzustand tritt erst dann ein, wenn das Andrücken aufgehört hat. Recht häufig beobachtet man, dass bei Vornahme der bekannten Procedur, der Daumen eingeschlagen und zu den anderen Fingern gebeugt wird, oder aber die Finger werden plötzlich stark extendirt und abducirt, jedoch erfährt dabei die untersuchende Hand des Arztes keinen Widerstand, die Finger bleiben weich und geschmeidig; solche Zufälle soll man ja nicht mit dem Trousseau'schen Phänomen identificiren Noch mehr Vorsicht erheischt die Constatirung des Facialisphänomens: schreien oder weinen die Kinder, so treten krampfartige Zuckungen in den Gesichtsmuskeln häufig auf, es gehört somit eine grosse Dosis Ausdauer dazu, um abzuwarten, bis die Kinder sich beruhigt haben und in solch einem Moment das Beklopfen der charakteristischen Stelle vorzunehmen.

Was nun die von mir beobachteten Fälle von Tetanie anlangt, so betrafen 19 von ihnen das Alter von 8 Monaten bis zu 3 Jahren; 2 Fälle gehörten dem vorgerückten Kindesalter an (ein 13-jähriger Schneidergesell und ein 14-jähriger Schlosser) und boten das typische Bild der idiopathischen Tetanie dar: die Krankheit begann absolut ohne Vorboten und ohne irgend welche greifbare Ursachen. Es handelte sich wohl um diejenige Form der Tetanie, die in einzelnen Districten epidemisch auftritt und eine gewisse Klasse von Arbeitern in bevorzugender Weise befällt, — weshalb auch der Name «Schusterkrampf». Die übrigen 19 Fälle habe ich der besseren Uebersicht wegen in einer Tabelle zusammengestellt. Es waren 12 Knaben und 7 Mädchen; stark ausgesprochene Rachitis war bei 12 Kindern, also 63,2 pCt., zu constatiren, Laryngospasmus bei 5, also 26,3 pCt., Darmstörungen bei 8 Kindern, also 42,1 pCt. Man ersieht ferner, dass die Steigerung der mechanischen Erregbarkeit des N. facialis in 3 Fällen nicht constatirt werden konnte, auch das Trousseau'sche Phänomen fehlte in 2 Fällen; dagegen war in allen Fällen die Steigerung der mechanischen Erregbarkeit der Muskeln zu beobachten: das leise Anrühren der Gesichtsmuskeln genügte gewöhnlich, um ausgiebige Zuckungen derselben hervorzurufen. Wir können somit den Schluss ziehen, dass die erwähnten charakteristischen Symptome fast immer vorhanden sind; jedoch können Fälle von typischer Tetanie beobachtet werden, bei denen das eine oder das andere Phänomen fehlt, so dass die Diagnose «Tetanie» nur auf Grund vorhandener typischer Anfälle gestellt werden kann. Der bedeutende Procentsatz von Rachitis bei den an Tetanie leidenden Kindern fällt sofort auf und unwillkürlich denkt man an eine engere Beziehung zwischen beiden Krankheiten. Fasst man jedoch die statistischen Daten über die Rachitis bei den in den Ambulatorien zur Behandlung kommenden Kindern in's Auge, so lässt sich dieser hohe Procentsatz leicht erklären. Prof. Reitz führt in seinen «Vorlesungen» eine grosse Statistik aus dem Elisabeth-Kinderspital an und findet ausgesprochene Rachitis bei Kindern im Alter von 6 Monaten —2 Jahren in 50 pCt. bei Knaben und 41 pCt. bei Mädchen. Russow giebt für das Ambulatorium des Oldenburg'schen Spitals 75 pCt. Rachitis an, van Puteren berechnet aus der Ambulanz der Georgsgemeinde und der akademischen Klinik die Fälle von Rachitis auf 62 pCt., Shukowski fand sogar an einem grossen ambulatorischen Material 95 pCt. Jedenfalls ergiebt es sich aus den angeführten statistischen Daten, dass die Mehrzahl der in den Ambulanzen zur Beobachtung kommenden Kinder mit ausgesprochenen Symptomen der englischen Krankheit behaftet ist. Was nun schliesslich den Effect des Phosphors anlangt, den, wie wir gesehen haben, Kassowitz als Beweis des innigen Verhältnisses zwischen der Tetanie und der Rachitis anführt, so konnte ich einen solchen im positiven Sinne nicht registriren, gegen die Tetanieanfälle erwies sich Phosphor als ganz unwirksam, von Erfolg waren dagegen prolongirte warme Bäder und verschiedene Narcotica.

Ein anderer Factor der entschieden in der Aetiologie der Kindertetanie eine Rolle spielt ist — Störung der Verdauung, Dyspepsie und Darmcatarrhe; unter den 19 Kranken litten daran 8; die Tetanieattaquen setzten während des Bestehens der Durchfälle ein und schwanden nach Aufhören derselben. Dass wirklich dyspeptische Störungen das Einsetzen der Tetanie begünstigen, haben bereits viele Autoren betont, so namentlich Soltmann, Baginsky, Fischl, Ganghofner und andere; Einige erklären sogar daraufhin das Calomel als bestes Mittel gegen Tetanie. Man nimmt an, dass die bei den Verdauungsstörungen zur Resorption kommenden Toxine das Nervensystem stark erregen und auf diese Weise die Tetanie hervorrufen; freilich bleibt noch die Frage offen, ob die Toxine direkt die Tetanie bedingen, oder aber, was viel plausibler ist, nur den Boden für ein noch unbekanntes specifisches Agens vorbereiten.



Name.	Alter.	Rachitis.	Laryngospasmus.	Eclampsie.	Allgemeine Ernährung.	Tetanie.	Symptom Trousseau.
F. A. Knabe.	1 J. 7 M.	nur Spuren, die Zähne kamen früh heraus.	nicht gewesen.	nicht gewesen.	gut.	häufige und langdauernde Attaquen (von 4—8 Stunden).	stark ausgeprägt.
E. A. Mädchen.	3½ Jah.	in hohem Grade. Zähne erst im 2. Lebensjahre.	seit einem Jahre vorhanden.	nicht gewesen.	schwach.	plötzliches Auftreten der Anfälle.	stark ausgeprägt.
B. K. M.	1 J. 3 M.	in hohem Grade.	war im 7. u. 8. Monate.	2 mal im 8 Monate.	schwach.	die Attaquen währen fast den ganzen Tag.	—
S. U. K.	2 Jahre.	nicht vorhanden.	nicht gewesen.	nicht gewesen.	gut.	plötzliches Auftreten der Anfälle.	stark ausgeprägt.
B. G. K.	10 Monat.	in hohem Grade.	seit 2 Monaten vorhanden.	1 mal.	schwach.	häufige und langdauernde Attaquen.	vorhanden.
W. M. K.	1 J. 9 M.	nicht vorhanden.	nicht gewesen.	nicht gewesen.	schwach.	häufige Attaquen, namentlich in der Nacht.	stark ausgeprägt.
A. A. K.	1½ Jah.	vorhanden.	war im 9. u. 10. Monate.	nicht gewesen.	schwach.	häufige, kurzdauernde Attaquen.	vorhanden.
N. B. K.	2 Jahre.	nicht vorhanden.	nicht gewesen.	1 mal.	schwach.	fast ununterbrochene Tetanie.	—
S. E. M.	1 J. 3 M.	unerheblich.	nicht gewesen.	nicht gewesen.	schwach.	häufige und langdauernde Attaquen.	vorhanden.
M. B. M.	1 J. 3 M.	nicht vorhanden.	nicht gewesen.	nicht gewesen.	gut.	häufige, aber kurze Attaquen.	stark ausgeprägt.
S. D. K.	1 J. 2 M.	nicht vorhanden.	nicht gewesen.	nicht gewesen.	gut.	häufige und langdauernde Attaquen.	stark ausgeprägt.
M. P. K.	2 Jahre.	vorhanden, namentlich an den Schädelknochen.	nicht gewesen.	1 mal im 8. Monat.	schwach.	ununterbrochene Tetanie Tag und Nacht.	—
W. J. M.	1 J. 4 M.	in hohem Grade.	bis zu einem Jahre häufig.	—	schwach.	häufige Attaquen.	fehlt.
E. F. M.	11 Monat.	in hohem Grade.	häufig.	nicht gewesen.	schwach.	häufige und langdauernde Attaquen.	stark ausgeprägt.
E. Z. M.	7 Monate.	unerheblich.	häufige Anfälle.	nicht gewesen.	schwach.	häufige und sehr schmerzhafte Attaquen.	stark ausgeprägt.
S. A. K.	8 Monate.	nicht vorhanden.	nicht gewesen.	nicht gewesen.	schwach.	häufige und langdauernde Attaquen.	nachweisbar.
N. P. K.	4 Jahre.	nicht vorhanden.	nicht gewesen.	nicht gewesen.	schwach.	häufige und langdauernde Attaquen.	nicht vorhanden.
J. A. K.	1 J. 9 M.	in hohem Grade.	nicht gewesen.	nicht gewesen.	schwach.	ununterbrochene Tetanie.	—
P. M. K.	11 Monat	in hohem Grade.	nicht gewesen.	1 mal.	schwach.	häufige und langdauernde Attaquen.	stark ausgeprägt.

Symptom Chvostek.	Steigerung d. mechanischen Muskelerregbarkeit.	Sehnenreflexe.	Verhalten d. Darmcanal.	Effect der Phosphortherapie.	Anmerkung.
stark ausgeprägt.	in hohem Maasse.	verstärkt.	häufiges Erbrechen und Durchfälle.	—	Nach Sistirung des acuten Magen-Darmcatarrhes werden die Tetanieattaquen seltner und schwinden bald gänzlich.
stark ausgeprägt.	in hohem Maasse.	normal.	normal.	negativ.	Der Laryngospasmus schwand unter der Phosphorbehandlung rasch; dagegen blieben die Tetanieattaquen lange Zeit.
stark ausgeprägt.	in hohem Maasse.	normal.	seit 3 Wochen starke Durchfälle.	—	Nach Sistirung der Durchfälle rasches Schwinden der Tetanieanfälle.
stark ausgeprägt.	nachweisbar.	verstärkt.	normal.	negativ.	Temperatur 39°, Conjunctivitis, Husten, Einsetzen der Tetanie; nach 5 Tagen Auftreten des Masernausschlages, Schwinden der Anfälle.
stark ausgeprägt.	in hohem Maasse.	verstärkt.	acute Enterocolitis.	—	Nach Sistirung der Durchfälle rasches Schwinden der Tetanie.
stark ausgeprägt.	in hohem Maasse.	verstärkt.	normal.	negativ.	Vater — Säufer. 1 Bruder leidet an Veitstanz.
sehr stark.	in hohem Maasse.	verstärkt.	Enteritis acuta.	—	Die Tetanie trat bei hoher Temperatur und Erscheinungen eines acuten Darmcatarrhes ein.
stark ausgeprägt.	in hohem Maasse.	verstärkt.	Erbrechen u. Durchfälle.	--	Tod unter den Symptomen eines Hydrocephalus.
nicht vorhanden.	in hohem Maasse.	normal.	normal.	negativ.	Die Tetanieanfälle traten plötzlich bei voller Gesundheit auf unter Temperatursteigerung.
stark ausgeprägt.	nachweisbar.	verstärkt.	normal.	negativ.	Plötzliches Auftreten der Anfälle unter Temperatursteigerung. Die Tetanie bestand 3 Wochen.
stark ausgeprägt.	in hohem Maasse.	verstärkt.	normal.	negativ.	Der Vater ist Schuster, Wohnungsverhältnisse miserabel.
stark ausgeprägt.	in hohem Maasse	normal.	Obstipation u. hochgradiger Meteorismus.	—	Fieber, starke Unruhe. Nach einigen Dosen eines kräftigen Abführmittels hören die Attaquen bald auf.
stark ausgeprägt.	in hohem Maasse.	verstärkt.	normal.	—	Temperatur 39°, Schmerzen in den Füssen, Auftreten eines Erythema nodosum an den unteren Extremitäten und dem Gesäss.
nicht vorhanden.	nachweisbar.	verstärkt.	Erscheinungen einer subacuten Enteritis.	—	—
stark ausgeprägt.	in hohem Maasse.	normal.	normal.	negativ.	Die Tetanie hielt 6 Wochen lang an.
nicht vorhanden.	nachweisbar.	normal.	Enterocolitis acuta.	—	Nach Regulirung der Diät und Aufhören der Durchfälle rasches Schwinden der Anfälle.
stark ausgeprägt.	in hohem Maasse.	verstärkt.	normal.	negativ.	Starkes Fieber, Schnupfen, Angina Husten — Einsetzen der Tetanie.
stark ausgeprägt.	nachweisbar.	verstärkt.	normal.	negativ.	—.
stark ausgeprägt.	nachweisbar.	verstärkt.	normal.	negativ.	—

Aus der Tabelle ist ferner ersichtlich, dass bei zwei Kindern die Tetanie als Begleiterscheinung von Infectionserkrankungen hervortrat, so bei einem 2-jährigen Knaben im Anschluss an Masern und bei einem 1½-jährigen Mädchen im Anschluss an Erythema nodosum; endlich, traten die Krämpfe bei einigen Kindern ganz plötzlich, ohne irgend welche greifbare Ursachen ein. Wir sehen somit, dass die ätiologischen Momente der Kindertetanie sehr verschiedenartig sein können; warum sollten wir auch wirklich hier eine einheitliche Aetiologie verlangen, während wir doch wissen, dass bei Erwachsenen die Tetanie unter den verschiedensten Bedingungen auftreten kann, ich nenne hier nur beispielsweise: Erkältungen, Schwangerschaft, Geburt, Stillungsgeschäft, Kropfexstirpation etc. Die Verschiedenartigkeit der ätiologischen Momente hindert uns durchaus nicht die Kindertetanie als eine einheitliche Krankheit aufzufassen; wissen wir doch, dass auch die Epilepsie unter den verschiedensten Bedingungen auftreten kann, bald als idiopathische, bald als symptomatische Erkrankung, bald als functionelle Störung, bald als organisches Leiden — und doch haben wir es mit einer genau umgrenzten Erkrankung zu thun. Die Kindertetanie stellt also eine selbstständige Erkrankung dar, die bald idiopathisch, — vielleicht auch in Abhängigkeit von irgend einem organischen Wesen, auftritt, oder aber symptomatisch, unter dem Einflusse der verschiedenartigsten Ursachen. Eine Beziehung der Rachitis zur Tetanie besteht nur insofern, als die erstere eine allgemeine Ernährungsstörung darstellt und deshalb prädisponirend wirken kann.

Laryngospasmus wurde von mir in 86 Fällen beobachtet, davon standen im Alter von 4 Monaten bis zu einem Jahre 63; von 1 Jahre —2 Jahre 20; und älter als 2 Jahre waren 3. Bei diesen 86 Fällen wurde beobachtet:

Wie aus der Tabelle zu ersehen ist, waren fast alle Kinder, die an laryngospastischen Anfällen laborirten, rachitisch, und waren die Symptome dieser Krankheit recht ausgeprägt. Von 63 Kindern im Alter bis zu einem Jahre fand sich bei 51 (80,9 pCt.) Craniotabes. Hier können wir wohl nicht an ein zufälliges Zusammentreffen der Rachitis und des Laryngospasmus denken; recht häufig konnte ich mich direkt überzeugen, dass mit dem Abklingen des rachitischen Processes auch die laryngospastischen Anfälle verschwanden. In welchem Verhältnisse der Laryngospasmus zum weichen Hinterkopfe steht, ob hier wirklich eine Hyperämie der Schädelknochen und damit verbundene Reizung der Nervencentra — wie es Kassowitz will — eine Rolle spielt, das ist noch eine zu lösende Frage. Was endlich den Effect des Phosphors anlangt, so war wohl derselbe ein ganz eclatanter: bei 68,6 pCt. aller Fälle konnte ich mich überzeugen, dass unter dem Einflusse des Phosphors die Anfälle seltner wurden und schliesslich ganz nachliessen.

Wenn wir nun die Frage nach der Häufigkeit der Tetaniesymptome bei Laryngospasmus in's Auge fassen, so müssen wir auf Grund des angeführten Materials den Ausspruch von Loos «kein Laryngospasmus ohne tetanische Symptome» als durchaus nicht zutreffend bezeichnen. Wir fanden das Trousseau'sche Symptom nur in 6 Fällen, bei 4 derselben waren typische Tetanieanfälle vorhanden; das Facialissymptom in 9 Fällen und zwar bei 4 Kindern mit typischen Anfällen, bei 5 ohne solche. Da wir nun zur Diagnose einer latenten Tetanie vor Allem das Vorhandensein des Trousseau'schen Phänomens verlangen, so können wir sagen, dass unter den 86 Fällen von Laryngospasmus nur 5 Fälle von manifester Tetanie und 2 Fälle von latenter Tetanie constatirt worden sind. Recht häufig fanden sich neben dem Laryngospasmus erhöhte mechanische Muskelerregbarkeit und erhöhte Kniereflexe — Symptome, die durchaus nicht für «Tetanie» specifisch sein können.

Unsere Schlussfolgerungen können wir somit in Folgendem resumiren:

1) Die Kindertetanie stellt, ebenso wie die Tetanie der Erwachsenen eine selbstständige Erkrankung dar, die sowohl idiopathisch, als auch symptomatisch auftreten kann.

2) Eine innige Beziehung derselben zur englischen Krankheit besteht nicht.

3) Das am meisten charakteristische Symptom der Kindertetanie sind die typischen Krämpfe. Die von Trousseau und von Chvostek angegebenen Phänomene sind in der Mehrzahl der Kindertetanie scharf ausgeprägt; zuweilen aber fehlen dieselben, was durchaus noch nicht Grund abgiebt das Bestehen der Tetanie zu negiren.

4) Eine latente Tetanie kann man nur in denjenigen Fällen annehmen, wo das Trousseau'sche Symptom vorhanden ist, wo es also gelingt die typischen Krämpfe hervorzurufen. Die Steigerung der mechanischen Erregbarkeit der Nerven und Muskeln ist zwar in den meisten Fällen von manifester und latenter Tetanie nachweisbar, doch kann sie nicht als specifisches Symptom gelten.

5) Der Laryngospasmus ist kein Symptom der Tetanie, sondern gehört zu den krankhaften Erscheinungen der Rachitis.

Tabelle II.

Ausgesprochene Symptome d. Rachitis.	Craniotabes.	Eclampsie.	Tetanie.	Phaenomen Trousseau.	Phaenomen Chvostek.	Steigerung der mechanischen Muskelerregbarkeit.	Steigerung der Sehnenreflexe.	Positiver Effect des Phosphors.
83 = 96,5 %.	bei Kindern bis zu einem Jahre 51 = 80,9 %, bei älteren Kindern — 6 = 26 %.	19 = 22 %.	5 = 5,8 %.	6 bei 4 von diesen waren Tetanieanfälle vorhanden.	9 bei 4 von diesen waren Tetanieanfälle vorhanden.	39 = 45,4 %.	22 = 25 %.	59 = 68,6 %.

Ueber die Diagnose des Kopfschmerzes.

Von
Dr. G. Voss.

Der Kopfschmerz ist eine so häufige Erkrankung, ein so häufiges Symptom der verschidenartigsten Krankheitsprocesse, dass eine diagnostische Abgrenzung grosse practische Bedeutung besitzt. Neben ungefährlichen, leichten Formen begegnen wir Typen des Kopfschmerzes, die den Beginn einer schweren, oft letal endigenden Erkrankung bilden. Wenn auch eine grosse Anzahl der verschiedenen Kopfschmerzen verhältnismässig leicht zu beeinflussen ist und bald dem verschriebenen Phenacetin, Antipyrin oder wie die modernen Antineuralgica alle heissen, weicht, so gibt es andere Formen, zu deren erfolgreichen Behandlung die richtige Erkenntniss des Grundleidens unbedingt erforderlich ist.

Es soll im Untenstehenden der Versuch gemacht werden in möglicher Kürze die Diagnose des Kopfschmerzes zu beleuchten. Eine genauere Behandlung der einzelnen Abschnitte findet sich in den Werken, deren Verzeichniss am Schlusse zu suchen ist.

Wir unterscheiden:

1. den rheumatischen } Kopfschmerz
2. den neuralgischen } Kopfschmerz
3. die Hemicranie
4. den Kopfschmerz bei functionellen Nervenkrankheiten
   a) der Hysterie,
   b) der Neurasthenie,
   c) im Climacterium,
5. den Kopfschmerz bei organischen Erkrankungen,
   a) des Hirn's,
   b) der Hirnhäute,
   c) der Hirngefässe,
6. den Kopfschmerz bei Lues cerebri,
7. den Kopfschmerz toxischer Natur,
   a) bei Chlorose und Anaemie (?),
   b) bei Infectionskrankheiten,
   c) vom Verdauungscanal ausgehend,
   d) bei Albuminurie und Glycosurie (Diabetes),
   e) bei chronischen Intoxicationen (Alcohol, Blei, Nikotin etc.),
8. den Kopfschmerz nach Trauma,
9. den Kopfschmerz bei Erkrankungen
   a) der Stirnhöhlen, der Nase u. ihrer Nebenhöhlen,
   b) des Auges,
   c) des Ohres.
10. den primären Kopfschmerz.

Es erhellt, dass der Kopfschmerz als Krankheit sui generis eine verschwindend kleine Gruppe darstellt, ihn werden wir nur nach Ausschluss aller anderen Momente diagnosticiren dürfen. Häufig haben wir es mit Mischformen zu thun, beispielsweise kann bei regelmässig wiederkehrender Migraine sich mal neuralgischer Schmerz einstellen; wenn es gelingt die Anfälle streng zu scheiden, so wird die scheinbare Verwaschung der Symptomencomplexe nicht vorkommen.

Rheumatische Kopfschmerzen kommen fast stets bei Individuen vor, die an allgemeiner rheumatischer Diathese leiden; bald haben sie ihr Reissen im Arm, bald sitzt's im Kopfe und dann meist in dem Hinterhaupt, aber auch in der gesammten Kopfschwarte, die dann, wie die Muskeln des Nackens, sehr empfindlich ist gegen Druck. Ausgelöst wird der Schmerz oft durch Erkältungseinflüsse, aber auch durch Bewegungen etwas heftiger Art (Torticollis rheumatica). Localisirt wird er meist oberflächlich, kann aber auch in den tiefen Nackenmuskeln sitzen. Aehnlich verhält sich der neuralgische Kopfschmerz, häufig wird er auf Erkältungen zurückgeführt, hat ebenso wie der rheumatische die Tendenz zu Recidiven. Er kann auftreten als Neuralgia trigemini (des ersten, zweiten oder dritten Ast's, oder auch 2 ja aller 3 Aeste, am häufigsten wird der Stirnaugenast befallen) und als Neuralgia cervico-occipitalis (am häufigsten befallen wird der N. occipitalis. major). Als characteristisch für die Neuralgie müssen wir betrachten, dass der Schmerz sich auf das Gebiet eines (seltnen mehrerer) Nerven beschränkt, dass er in Anfällen auftritt, dass er blitzartig, brennend oft von grösster Intensität ist. Ferner finden sich oft Druckpunkte an den Austrittsstellen der Nerven, auch kommen objective Sensibilitätsstörungen (An-, Hyper- resp. Hypaesthesie) in den Verbreitungsgebieten vor. Die Neuralgia supraorbitalis kann zu Verwechselungen mit Migraine, Glaucom und Erkrankungen der Stirnhöhlen, Periost- und Knochenaffectionen führen. Andererseits können Neuralgien des Trigeminus reflectorisch durch Erkrankungen der Nasalschleimhaut etc., oder aber organisch durch Neubildungen in der Nachbarschaft hervorgerufen werden. Bei plötzlich entstehender Neuralgia im höheren Lebensalter denke man stets an die Möglichkeit einer bösartigen Neubildung, so documentirte kürzlich ein Fall meiner Beobachtung, in dem allerdings schon vorher der aetiologische Zusammenhang mit einem Tumor diagnosticirt worden war, seine Entstehung durch eine Metastase im Knochenmark der Tibia. Sehr wichtig ist oft die Unterscheidung der Neuralgie vom Zahnschmerz; die Extraction mehrerer Zähne kann zum bleibenden Schaden des Patienten ohne jeglichen Einfluss auf den Schmerz vorgenommen werden. Zur Vermeidung solcher Irrthümer muss darauf geachtet werden, ob sich irgendwelche Veränderungen am Zahn wie Caries, oder aber Druckempfindlichkeit nachweisen lassen, verbreitet sich der Schmerz am ganzen Alveolarrande oder bei Localisation an einem Zahn und finden sich keine geeigneten Anhaltspunkte für die Annahme einer Zahnerkrankung, so liegt wahrscheinlicherweise eine Neuralgie vor. Auch die Hysterie kann täuschend den neuralgischen Schmerz copiren; hier wird man sich von der Beeinflussbarkeit des Kranken und den übrigen Stigmata der Neurose leiten lassen. Sitzt der Schmerz bei Hemicranie fast ausschliesslich im Stirnaugengebiet, so kann eine Verwechselung möglich sein, doch ist meist der blitzartige, von freien Intervallen unterbrochene Schmerz gegenüber dem tiefen, bohrenden, dauernden Schmerz bei der Migraine ausschlaggebend. Es ist mehrfach versucht worden, die Einheitlichkeit der hemicranischen Krankheitsbilder in Abrede zu stellen. Charcot und seine Schüler haben aus der Migraine ein Symptom der Hysterie machen wollen. Die gewiegtesten Autoren der letzten Zeit (Oppenheim, Moebius) halten aber ihre Einheitlichkeit aufrecht und auch Spitzer, der die Hemicranie kürzlich in einer Monographie behandelt hat, ist dieser Meinung beigetreten.

Es muss durchaus betont werden, dass erstens die Migraine nicht selten auch doppelseitig sein kann, dass zweitens nicht jeder halbseitige Kopfschmerz Migraine ist. Als characteristische Merkmale können wir anführen, dass 90 pCt. aller Migrainen erblich sind (Moebius), ferner dass sie in bestimmten Intervallen (alle 1—4 Wochen, mitunter nur 1 mal jährlich) auftritt, dass diese Intervalle schmerzfrei sind und die Anfälle von bestimmten Allgemeinerscheinungen begleitet werden. Oft pflegt dem Schmerzanfall eine visuelle Aura (Flimmerscotom, scotoma scintillans) vorauszugehn; während des Anfall's treten Uebelkeit, Erbrechen, Frösteln, Gähnen, Niesen und starkes subjectives Uebelbefinden auf, auch bedeutende Hyperaesthesie gegen verschiedene äussere Reize (grelles Licht, Lärm etc.). Der Schmerz betrifft meist die Stirnaugengegend einer Seite, wird tief in's Innere verlegt, ist bohrend; mitunter scheint's den Kranken als würde der Bulbus hervorgedrängt und leichter Druck auf denselben wird als Erleichterung empfunden. Die Dauer des Anfall's beträgt

mehrere Stunden, häufig 1 Tag, manchmal 3—4 Tage; die Intensität wechselt, einige Kranke sind sehr wohl imstande ihren Geschäften nachzugehn, andere leiden im höchsten Grade, so dass bisweilen selbst zum Morphium gegriffen wird. Die vasomotorischen Erscheinungen, welche in vielen Fällen die Migraine begleiten (Blässe oder Röthung der betroffenen Gesichtshälfte, Pulsation oder Enge der Arterien etc.) haben zu der Annahme geführt, dass es sich um eine vasomotorische Neurose, auf Sympathicusaffection beruhend, handle; die Eintheilung in eine angiospastische resp. angioparalytische Form ist aber in neuerer Zeit mit Recht in Misscredit gerathen, mitsammt der sie begründenden Sympathicustheorie.

Ich will nur beiläufig erwähnen, dass auch eine symptomatische Migraine vorkommt, als Vorläufer schwerer organischer Hirnerkrankungen (Hirntumor, progressive Paralyse, Tabes); bei spät d. h. nach dem 30. Lebensjahr entstehender Migraine wird man immer an eine solche Möglichkeit denken müssen. Im allgemeinen haben die Anfälle die Tendenz mit zunehmendem Alter an Häufigkeit abzunehmen und allmählig zu verschwinden.

Dass die Migraine zu organischen Veränderungen, speciell zu arteriosclerotischen Degenerationen in den häufiger befallenen Gebieten führen kann, ist genügend erwiesen.

Selten sind aber Fälle beschrieben worden, in denen während des Anfall's bleibende Störungen im Auge auftraten. Schroeder hat einen Kranken beschrieben, bei dem nach einem sehr heftigen Migraineanfall mit Flimmerscotom ein beiderseitiger symmetrischer Gesichtsfelddefect bestehen blieb; gleichzeitig war während des mehrtägigen Schmerzes Bewusstlosigkeit und linksseitige (dem Gesichtsfelddefect homologe) Hemiparese und Hemianästhesie eingetreten. Galezowski konnte bei einem Patienten mehrfach während des Anfalls Anaemie der Papille constatiren; nach einer Attaque trat plötzliche Blindheit des Auges der vom Schmerz befallenen Seite auf, die der Autor auf eine Thrombose der Art. centralis retinae zurückführt. Ich habe kürzlich einen ähnlichen Fall beobachtet und will ihn der relativen Seltenheit wegen hier kurz anführen.

Frau N. N. 42 J. a. leidet seit ihrer Jugend an anfalls- weise auftretenden Kopfschmerzen, deutlichen Migrainecha- racter's (Aura als Gähnen, Unbehagen ohne Augensymp- tome, dann halbseitiger, meist links sitzender Schmerz mit Uebelkeit). Vor ca. 2 Monaten musste Pat. während eines heftigen Schmerzanfall's in einem heissen Raum Wäsche wa- schen; während sie so in gebückter Stellung angestrengt ar- beitete wurde ihr plötzlich dunkel vor dem linken Auge und von dem Moment an ist sie fast völlig blind auf dem befalle- nen Auge. Ophthalmoscopisch stellte Dr. Schroeder eine Atrophie n. optici sin. fest. Die Pupillen waren gleichweit, der directe Lichtreflex links fehlte, der consensuelle war völ- lig erhalten. Das r. Auge in jeder Beziehung normal, auf dem l. nur Lichtempfindung erhalten. Nach dem Anfall be- standen eine Zeitlang Schmerzen in der l. Schläfengegend, die auf Druck und bei Percussion etwas empfindlich war. Irgendwelche Symptome anderer Läsionen des Nervensystem's liessen sich nicht nachweisen. Offenbar handelte es sich um eine Läsion des Nervus Opticus sin. (Thrombose d. art. cen- tral. retinae od. Blutung in die Scheide mit Compression des Nerven). Trotz Jodkali und Galvanisation war innerhalb 2 er Monate keine Besserung aufgetreten; nachher hat sich Pat. nicht mehr vorgestellt.

Dass in dem eben beschriebenen Fall ein Zusammenhang zwischen Migraine und Erblindung bestand, erscheint doch zum mindesten sehr wahrscheinlich; einen blossen Zufall in dem Zusammentreffen der Erblindung des Auges der häufiger vom Anfall betroffenen Seite während einer Schmerzattaque erblicken zu wollen, wäre gesucht. Viel natürlicher ist die Annahme, dass die arteriosclerotischen Veränderungen, deren Entstehung die häufigen und schweren Migraineanfälle begünstigten, hier zu einer Gefässläsion (Thrombose oder Ruptur) geführt.

Ebenso wie es unvollständige Krankheitsbilder der Epilepsie, der Basedow'schen Krankheit etc. giebt, kommen auch nicht selten formes frustes der Migraine vor, ja es sind verschiedene «Aequivalente» dieser Erkrankung beschrieben worden z. B. periodisch wiederkehrende, mit Kopfschmerz alternirende (od. auch nicht!) Anfälle von Schmerzen im Magen oder Unterleibe, die mitunter zu diagnostischen Schwierigkeiten führen können.

Auf dem Boden der Hysterie und Neurasthenie können Kopfschmerzen vorkommen, die der Migraine sehr ähnlich sind. Die auf dem Boden der Hysterie entstehenden Kopfschmerzen nehmen sehr verschiedene Formen an, oft erscheinen sie als Kopfreissen, oder aber als tiefsitzender bohrender Schmerz an einer bestimmten Stelle des Schädel's (Scheitel-clavus hystericus) Ablenkbarkeit und Beeinflussbarkeit sind oft für die psychogene Entstehung der Schmerzen charakteristisch; oft besteht ein grelles Missverhältniss zwischen dem Grade des geklagten Schmerzes und der Leichtigkeit der Ablenkung. Sensibilitätsstörungen, Druckpunkte etc. werden eine richtige Diagnose meist ermöglichen. Bei jungen etwas chlorotischen Mädchen sei man trotz bestehender Hysteriesymptome nicht zu leicht bei der Hand mit der Diagnose «hysterischer Kopfschmerz»; besonders, wenn die Klagen darüber fortdauern, denke man an die mögliche Entstehung organischer Veränderungen im Gehirn (Hirntumor, Sinusthrombose). Im ganzen häufiger als bei der Hysterie hört man Neurasthenische über Kopfschmerz klagen. Meist äussert er sich bei dieser Krankheit als Kopfdruck, Gefühl von Leere im Kopf, als würde der Schädel mit eisernen Reifen zusammengepresst (casque neurasthenique-Charcot) etc.; characteristisch ist hier oft die hypochondrische Färbung der Klagen (Furcht vor Geisteskrankheit, Hirngeschwulst) und das Vorhandensein sonstiger neurasthenischer Symptome (Tremor, Schlaflosigkeit, Obstipation, sexueller und cerebrasthenischer Erscheinungen etc.). Doch entstehen nicht selten differentialdiagnostische Schwierigkeiten gegenüber organischen Hirnerkrankungen; in erster Linie kommt hier die progressive Paralyse in Frage. die nur dann mit allergrösster Wahrscheinlichkeit auszuschliessen sein wird, wenn jede organische Störung (Sprache, Pupillen) fehlt und die psychischen Erscheinungen nur Ermüdbarkeit, allenfalls Schwäche, aber keine Defecte aufweisen.

Fast alle organischen Hirnerkrankungen werden von Kopfschmerz begleitet, er kann ihnen auch jahrelang vorausgehn, so beispielsweise die Hirngeschwulst, der Hirnabscess, Hydrocephalus, Encephalitis. Am heftigsten pflegt er zu sein bei Tumoren der hinteren Schädelgrube und bei der Meningitis (epidemica und tuberculosa): in beiden Fällen wird er von Nackensteifigkeit begleitet, doch lassen Fieberbewegungen, Kernig'sches Symptom etc. die Meningitis erkennen, während die bekannten Herdsymptome (Ataxie, Schwindel) auf den Sitz der Läsion im Kleinhirn hinweisen.

Früher war man geneigt in vielen Fällen den Kopfschmerz auf Circulationsstörungen im Gehirn zurückzuführen; Hirnanaemie resp. Hyperaemie sind noch bis jetzt ganz unklare Begriffe in ihrer Beziehung zum Kopfschmerz. Viel eher bilden pathologische Veränderungen der Hirngefässe (Arteriosclerose) die Grundlage vasomotorischer od. trophischer Störungen. Chronische Anaemie des Gehirns ist eine Theilerscheinung der abnormen Zusammensetzung des gesammten Bluts, ihre Wirkungen werden unten zu betrachten sein. Acute Hirnanaemie (bei Blutverlusten, Shokwirkungen durch plötzliche Contraction der Hirngefässe) führt bekanntlich zu dem Bilde der Ohnmacht. Acute und chronische Hirnhyperaemie beruht auf Ueberfüllung der Arterien und zeigt sich im Pulsiren der Carotiden, Temporalar-

terien, Röthung des Gesichts, Injection der Conjunctiva etc.; sie kann zweifellos Kopfschmerz verursachen. Auf vasomotorische Störungen lässt sich wohl auch der bei der climacterischen Neurose vorkommende Kopfschmerz zurückführen; die Kranken klagen über Wallungen, plötzliches Hitzegefühl, starke anfallsweise auftretende Transspiration. Fast stets lassen sich dabei Stimmungsanomalien beobachten, leichteste Grade melancholischer Depression, die mit den kritischen Jahren zu schwinden pflegen. Als Ursachen chronischer Hirnhyperaemie werden oft Obstipation, unterdrückte Haemorrhoidalblutungen etc. angeführt. Der Kopfschmerz bei Blutarmuth pflegt durch die horizontale Lage gebessert zu werden, während die Erscheinungen bei Hyperaemie infolge körperlicher Anstrengungen, Bücken, Niesen, Husten sich verschlimmern.

Besondere practische Bedeutung beansprucht der luetische Kopfschmerz. Er gehört verschiedenen Perioden der Syphilis an und hat demgemäss eine verschiedene Genese. Im Initialstadium tritt gleichzeitig mit leichten Fieberbewegungen, Roseolen etc. unbedeutender Kopfschmerz auf, den wir wohl in Analogie mit anderen Infectionskrankheiten als toxisch entstanden deuten können. Nach den neusten Erfahrungen gehört die Lues Cerebri in der Hälfte aller Fälle den ersten 3 Jahren nach der Infection an. Dem entsprechend ist auch ihr Hauptsymptom, der Kopfschmerz, in diesem Zeitraum am häufigsten vertreten. Er beruht entweder auf Gefässaffection (Endoarteriitis luetica), oder auf meningitischen Processen, seltener auf Periostitis. Der luetische Kopfschmerz soll meist in Paroxysmen auftreten, sich zu grosser Heftigkeit steigern, oft in der Nachtzeit und den frühen Morgenstunden seinen Höhepunkt erreichen. Er kann selbst zu dauernder Schlaflosigkeit führen (Dolores nocturni). Localisirt wird er meist in die Tiefe des Schädels (Meningitis basilaris luetica), in anderen Fällen sitzt er in der Scheitelgegend; bei Periostitis ist er streng localisirt, bohrend und mit Percussionsempfindlichkeit des Schädels verbunden; oft lassen sich Unebenheiten nachweisen. Endlich haben vorübergehende organische Störungen (vasculärer Natur) z. B. Paresen, Aphasieen, Paraesthesieen, Ohnmachtsanwandlungen etc. grosse diagnostische Bedeutung. Wie wichtig die Erkennung des specifischen Kopfschmerzes mitunter sein kann, zeigt folgender Fall:

Frau T. J. 24 a. n. leidet seit mehreren Monaten an heftigen Kopfschmerzen und ist von mehreren Aerzten mit verschiedenen Pulvern behandelt worden. Zuletzt wurde sie auf Uraemie hin curirt, nachdem sich Spuren von Eiweiss im Harn gezeigt hatten. Bei der Aufnahme in's Marienhospital wurde die Diagnose «lues cerebri» gestellt, obwohl jede Infection geläugnet wurde; das geschah auf Grund der Angabe, dass der Schmerz sich Nachts bis zur Unerträglichkeit steigere und dass mehrfach schnell (etwa nach 1/2 St.) vorübergehende aphatische Störungen, Diplopie und Paresen der rechten Extremitäten vorgekommen waren. Die Untersuchung wies noch Ueberbleibsel dieser Störungen nach. Am 2. Tage des Hospitalsaufenthalt's verschlimmerte sich der Zustand plötzlich, es trat eine Hemiplegia sin. mit zeitweise totaler Aphasie auf; am 3. Tage gesellten sich eine Lähmung der Schluckbewegungen, Ptosis dextra, Benommenheit und Temperatursteigerung dazu und trotz subcutaner Injection von Hydrarg. bijod. in grossen Dosen ging Pat. am 5. Tage zugrunde. Die Section wies eine ganz localisierte Endoarteriitis der Arteria basilaris und ihrer kleinen in die Brücke eintretenden Gefässe mit Thrombose der letzteren und Erweichung des Pons nach. Sonstige luetische Erscheinungen waren nicht nachweisbar, doch sind solche Fälle von isolierter Affection der Art. basilaris schon beschrieben worden (s. Oppenheim S. 74 der syphilit. Erkrankungen des Gehirn's). Es ist nicht unmöglich, ja sogar wahrscheinlich, dass ein frühzeitiges energisches Eingreifen mit Hg und Jodkali die leichten anfänglichen Störungen in den Ponsgefässen beseitigt hätten; die Erkrankung der Art. basilaris war wohl jedenfalls nicht die Ursache der plötzlichen Verschlimmerung, da sie nur sclerosiert, nicht aber thrombosirt war.

Die Zurückführung des Kopfschmerzes bei Chlorose und Anaemie auf ausschliesslich toxisch-chemische Einflüsse erscheint noch nicht völlig einwandsfrei; vielmehr spielen vasomotorische Erscheinungen sicher ebenfalls mit. Bei chlorotischen Weibern tritt Kopfschmerz in zweierlei Form auf (v. Noorden) « 1) als dauernder dumpfer Druck und 2) als anfallsweises Stechen in den Schläfen, unter den Augen, im Hinterkopf. NB: Auch die Migraine tritt bei Chlorose in gehäuften Anfällen auf.

Vom Darmkanal aus wird Kopfschmerz in erster Linie durch Obstipation hervorgerufen. Einerseits findet wohl eine Resorption von Fäulnissproducten, H_2S etc. statt, die zu einer Autointoxication führt, andrerseits werden vielleicht durch Druck der Faecalmassen Reizzustände im Nervensystem geschaffen, die zu reflectorischer Hyperaemie der Meningen führen (Nothnagel). Diagnostisch geklärt wird dieser Zusammenhang durch die prompte Wirkung gründlicher Abführung auf den Kopfschmerz.

Einer specifischen Giftwirkung der Bacterien auf's Centralnervensystem haben wir nach Curschmann die nervösen Erscheinungen allgemeiner Natur (Kopfschmerz, Benommenheit) bei verschiedenen Infectionskrankheiten zuzuschreiben. Dass sie mitunter diagnostische Wichtigkeit erlangen können (Hinterhauptschmerz mit Nackenstarre), ist bei der Meningitis erwähnt worden. Der Kopfschmerz bei Nephritikern soll nach Hirschkorn meist als Occipitalneuralgie auftreten; häufig sind es leichte Folgen unbedeutender uraemischer Zustände, deren Erkennung von grösster Wichtigkeit ist. Hier und beim Diabetes kann selbstverständlich nur eine Harnuntersuchung zum richtigen Verständniss führen. Aus der Zahl der Naunyn'schen Diabetespatienten hatten sich 10 mit der ausschliesslichen Klage über Kopfschmerz an ihn gewandt, er tritt hier nicht nur als Vorläufer des Coma diabeticum auf, wird meist in's Innere des Schädel's verlegt, kann Nachts exacerbieren und selbst zu Verwechselungen mit organischen Hirnerkrankungen führen.

Bekanntlich führen die meisten chronischen Intoxicationszustände (Alcohol, Nikotin, Blei etc.) zu Kopfschmerzen; im Bilde der Encephalopathia saturnina kann er mit organischen Ausfallserscheinungen einhergehen und zu schweren Zuständen führen, die an Hirngeschwulst und progressive Paralyse erinnern.

Nicht geringe Bedeutung hat neuerdings der Kopfschmerz nach Trauma erlangt. Er kann zunächst ein Symptom, manchmal das einzige Symptom der traumatischen Hysterie (i. e. Neurose) bilden, dann kann er sich aber auch an jede Schädelverletzung mit oder ohne äusserliche Spuren derselben anschliessen. In den meisten Fällen verschwindet der Kopfschmerz nach Traumen oder Commotio cerebri nach Ablauf einiger Tage, höchstens Wochen; er beschränkt sich dann nicht nur auf die oft druckempfindliche Läsionsstelle, sondern wird als dumpfer, den ganzen Kopf einnehmender Schmerz geschildert. Die Ursache länger dauernder Schmerzen bilden wohl meist organische Veränderungen, die allerdings schwer nachweisbar sein können. Auch die nach Schädeltraumen so häufig entstehende traumatische Neurose kann nicht mehr so ohne weiteres als functionelle Erkrankung bezeichnet werden, seitdem Schmauss, Bickeles und besonders Friedmann auf die Entstehung organischer Veränderungen im Centralnervensystem nach einfacher Erschütterung hingewiesen. Vielleicht darf in diesem Umstande die Erklärung für die enorme Hartnäckigkeit der Symptome bei traumatischen Neurosen gesehen werden.

Eine häufige Veranlassung zu Kopfschmerz n geben die Erkrankungen der Nase und ihrer Nebenhöhlen. Es kann reflectorisch durch Reiz von der Nasenschleimhaut aus eine Trigeminusneuralgie entstehen; viel häufiger werden durch Schwellungen der Schleimhaut die Abzugscanäle verlegt, Stauungen und hyperämische Zu-

stände begünstigt und endlich durch Infection von aussen Eiterungen und Abscessbildungen hervorgerufen. Der Schmerz wird in solchen Fällen meist in die Gegend der Nase localisirt, es finden sich Druckempfindlichkeit und bei rhinoscopischer Untersuchung Schwellungen, Wucherungen, entzündliche Vorgänge, eitrige Secretion etc.

Functionsanomalieen des Auges können auf reflectorischem Wege Trigeminusneuralgieen hervorrufen; meist jedoch führen sie nur zu rascher Ermüdung und zu Kopfschmerz beim Lesen, Schreiben und Handarbeiten, besonders bei mangelhafter Beleuchtung. Der Schmerz schliesst sich hier unmittelbar an die Beschäftigung an, wird in die Stirnaugengegend verlegt und kann durch sachgemässe Behandlung (Brille) rasch beseitigt werden. Ein wichtiges Symptom des Glaucom's ist die Ciliarneuralgie, die sich in vom Auge nach der Schläfe, Stirn, Nase und Hinterkopf ausstrahlenden Schmerzen äussert und bisweilen von Uebelkeit und Erbrechen begleitet werden kann. (Vossius). Das Hinzutreten von subjectiven Farbenerscheinungen (Regenbogensehen) macht es erklärlich, dass mitunten der acute Glaucomanfall mit einer Migraineattaque verwechselt werden kann. Ausser den objectiven Erscheinungen am Auge (weite Pupille, Drucksteigerung, eventuell Excavation) muss die Entstehung des Leiden's meist im späteren Alter, während die Migraine bekanntlich im jugendlichen Alter debütirt, auf die richtige Diagnose hinweisen.

Auch im Gefolge der Ohrerkrankungen treten Kopfschmerzen auf, so bei acuten und chronischen Processen im Mittelohr, im Labyrinth, auch bei der Ménièreschen Krankheit. Ihre Herleitung wird meist auf Grund der übrigen Symptome (Ausfluss, Schwerhörigkeit, Schwindel) möglich sein. Besondern Werth lege man auf Druckempfindlichkeit des Processus mastoideus; der Kopfschmerz pflegt oft der weiteren Ausbreitung otitischer Herde auf die Meningen vorauszugehn und ein rechtzeitiger chirurgischer Eingriff kann von grösstem Nutzen sein.

Gelingt es nun, in einem gegebenem Falle von allen oben angeführten aetiologischen Factoren abzusehen, so bleibt uns nur die Diagnose «primärer (idiopathischer)» auch «habitueller» Kopfschmerz übrig. Wir begegnen ihm wohl fast ausschliesslich auf dem Boden der Degeneration oder neurasthenischer Zustände; von aetiologischem Einfluss sind oft Nachtwachen, geistige Uebermattungen u. s. w. Nach Oppenheim kann es sich auch um den auf dem Boden der Hemicranie entstehenden dauernden Kopfschmerz handeln. Es versteht sich von selbst, dass der Ausschluss aller übrigen Factoren bei gründlicher Untersuchung nur sehr selten gelingen wird, dementsprechend kann die Berechtigung der Diagnose «habitueller Kopfschmerz» nur für sehr vereinzelte Fälle zugestanden werden, ja für so wenige, dass die Annahme eines Uebersehen's der wirklichen Entstehungsursache alle Wahrscheinlichkeit für sich hat

---

Die sociale Bedeutung der Hautkrankheiten.

Von

Prof. Dr. O. v. Petersen.

Die Lehre von den Hautkrankheiten als Specialität gehört zu den jüngsten Zweigen der wissenschaftlichen Medicin und nimmt noch lange nicht die ihr gebührende Stellung ein. Als Beweis dafür lässt sich anführen, dass auf unseren russischen und vielen ausländischen Universitäten noch keine Lehrstühle für Dermatologie vorhanden sind.

Eine Zeit lang bestand allerdings in St. Petersburg bei der Militär-medicinischen Academie ein selbstständiger Lehrstuhl für Dermatologie, doch wurde er vor einigen Jahren aufgehoben d. h. mit dem Lehrstuhl der Syphilidologie vereinigt. Dieser Standpunct bei uns erklärt sich vielleicht aus der Anschauung, dass bei uns in Russland angeblich nur wenig Hautkrankheiten existiren sollen, weil wir in der russischen Badestube ein gutes Mittel gegen Hauterkrankungen besitzen.

In Wirklichkeit sind aber in Russland die Hautkrankheiten sehr verbreitet wie das ja auch nicht anders sein kann, wie weiter aus den angeführten Thatsachen zu ersehen sein wird, aber unsere Aerzte sind noch viel zu wenig mit der Dermatologie bekannt und noch nicht von der richtigen Bedeutung der Hautkrankheiten überzeugt.

Als ich vor mehr denn 26 Jahren das Glück hatte bei Hebra in Wien zu studiren, da hörte ich oft von ihm den Ausspruch, dass er das interessanteste Material gewöhnlich aus Russland erhielt, namentlich aus Südwest-Russland.

Ferner kann man sich von der enormen Ausbreitung der Hautkrankheiten in Russland überzeugen, wenn man die Jahresberichte des Medicinal-Departements zur Hand nimmt. Bereits vor $1^{1}/_{2}$ Jahren hatte ich Gelegenheit auf dieselben zu verweisen, als ich auf dem russischen Aerzte-Congresse in Kasan einen Vortrag «über die Verbreitung der Hautkrankheiten in Russland» hielt und möchte nur noch hinzufügen, dass in der Wirklichkeit noch viel mehr Fälle von Hauterkrankungen vorkommen, als sie in den officiellen Berichten angegeben, in denen ja auch alljährlich die Zahlen wachsen, in Folge der stets wachsenden Zugänglichkeit der ärztlichen Hülfe und des stetig wachsenden Zutrauens der Bevölkerung zur ärztlichen Kunst.

Die beifolgende Tabelle I illustrirt am besten die stetig wachsende Zahl der registrirten Kranken und zeigt zugleich mit welchen grossen Zahlen von Hautkranken wir in Russland zu rechnen haben, denn nicht weniger als 10 pCt. der registrirten Kranken litten an Hautkrankheiten und betrug ihre Anzahl im Jahre 1897 nicht weniger als 4 Millionen. Nehmen wir nun minimale Sätze und rechnen, dass jeder Hautkranke durchschnittlich durch seine Erkrankung 10 Arbeitstage verliert, den Tageslohn durchschnittlich mit 20 Kopeken berechnet, so ergiebt es sich, dass die Bevölkerung Russlands jährlich ca. 8 Millionen Rubel durch Hautkrankheiten verliert!

Tabelle I.
Die Verbreitung der Hautkrankheiten in Russland pro 1893—97.

	Zahl der Bewohner	Zahl der registr. Kranken	darunter Hautkranke	%	Zahl der Scabies-Kranken.	%
1893	120,655422	28,716157	2,334700	7,1	1,132801	48
1894	122,552836	29,368881	2,990854	10,2	1,307440	45
1895	124,798698	32,774801	3,135528	9,5	1,508196	48,4
1896	126,676900	35,790596	3,600000	10,3	1,828437	50
1897	128,000000	38,600000	4,000000	10,4	2,082417	50

Schon diese Zahlen beweisen, welche sociale Bedeutung den Hautkrankheiten zukommt, dieselbe wächst jedoch noch um ein Bedeutendes, wenn wir in Betracht ziehen, dass wir bei den Hautkrankheiten 2 Hauptgruppen zu unterscheiden haben, nichtinfectiöse und infectiöse. Letztere aber, wie überhaupt Infectionskrankheiten sind mehr oder weniger leicht zu bekämpfen oder auf ein Minimum niederzudrücken, je nach der Intensität der Infection.

Wenn wir nun von diesem Standpunkt aus unser Material sichten, so ergiebt sich, dass als eine der häufigsten Hautkrankheiten — die Scabies notirt ist, ein Leiden welches leicht zu bewältigen ist bei einem gewissen Culturzustand und bei Beobachtung hygienischer Satzungen. Da aber 50 pCt. der registrirten Hautkranken an Scabies leidet, so liesse sich unschwer und ohne grosse Kosten die Zahl der Hautkranken in Russland bedeutend herabsetzen.

Wenn wir nun noch in Erwähnung ziehen, dass Scabies in den Städten verhältnissmässig wenig vorhanden und die gebildeten Klassen der Städter nur ganz ausnahmsweise an Scabies leiden so ergiebt sich daraus ohne Mühe der Schluss, dass die Ausbreitung der Scabies in directer Abhängigkeit von dem Culturzustande der Bevölkerung steht, ganz in derselben Weise, wie wir das bei der extragenitalen Syphilisinfection sehen. Während bei der Landbevölkerung 85 pCt. der Syphiliskranken sich extragenital inficiren, kommt in den Städten nur 1,8 pCt. auf extragenitale Infection. Sobald also eine gewisse Cultur und dem entsprechend der Reinlichkeitssinn Platz gegriffen, ist der Mensch schon bedeutend geschützt gegen Infectionen, die durch unsaubern Zustand der Haut leicht zu Stande kommen.

Buckle hat in seinem bekannten Buche über die Geschichte der Civilisation in England schon vor 40 Jahren den Satz aufgestellt, man könne den Stand der Cultur in einem Lande nach der jährlich verbrauchten Menge von Seife bestimmen. Als Dermatolog möchte ich diesen Satz dahin modificiren, dass die Verbreitung der localen Infectionskrankheiten der Haut als Maassstab der Cultur gelten kann; ins Besondere die Pediculosis, Scabies und Favus.

Eine Bestätigung dieses Satzes fand ich kürzlich in der «Botkin'schen Hospitalzeitung» (№ 48, 1900) in dem interessanten Artikel eines Landarztes Dr. Beletzki «über die Verbreitung der Scabies im Gouvernement Kiew», in dem er direct auf die geringe Cultur der Kleinrussen als Ursache der Verbreitung der Scabies hinweist, im Gegensatz zu den Grossrussen, die an dem Gebrauch der Badestube festhalten.

Der Favus ist in seiner Verbreitung ebenfalls direct von der Cultur der Bevölkerung abhängig. Ebenso wie die Scabies, findet man ihn nur selten bei der Stadtbevölkerung. Hjort fand den Favus in Norwegen bei 0,5 pCt. der hautkranken Landleute und nur bei 0,18 pCt. der städtischen Hautkranken.

In Deutschland und der Schweiz gehört der Favus überhaupt zu den grossen Seltenheiten, in Frankreich und Italien dagegen ist er auf dem Lande häufig, in der Stadt selten, unter den gebildeten Klassen aber garnicht, d. h. sobald man die Grundregeln der Hygiene, Reinlichkeit des Körpers beobachtet, ist man vor derartigen Erkrankungen so gut wie sicher. Beiläufig bemerkt, haben verschiedene Autoren darauf hingewiesen, dass bei einzelnen Racen der Favus besonders häufig beobachtet werde, so z. B. bei den Juden, doch scheint mir diese Ansicht durchaus ungerechtfertigt. Schon eine Durchmusterung der Tabelle der Verbreitung des Favus in Russland zeigt, dass ausser den Gegenden mit prävalirender Judenbevölkerung, auch diejenigen Gouvernements, die vorherrschend von Mohamedanern bewohnt, einen grossen Procentsatz an Favus-Kranken aufweisen, wie auch unter den Mohamedanern Bosnien's nach Glück der Favus sehr häufig ist. Gehen wir nun näher auf die Lebensweise dieser beiden Völker ein, so erweist es sich, dass bei Beiden die Sitte des stetigen Tragens von Kopfbedeckungen herrscht, die sich nicht immer durch Reinlichkeit auszeichnen. Auch bei uns haben wir viel Favuskranke Juden, aber diese stammen stets aus armen, in grosser Unreinlichkeit lebenden Familien. Bei gebildeten im Wohlstande und in Reinlichkeit lebenden Juden und Tartaren habe ich nie einen Favus beobachtet.

In der medicinischen Literatur habe ich für unsere Frage der socialen Bedeutung der Hautkrankheiten keinerlei Material finden können, da bisher überhaupt noch keine allgemeine Statistik der Hautkrankheiten exsistirt, denn alle Berichte geben immer nur Zahlen über in Hospitälern oder Ambulanzen behandelte Hautkranke und habe ich erst die Absicht auf einem der nächsten Dermatologen-Congresse diese Frage in Anregung zu bringen.

Die Zahlen aus den Jahresberichten des Medicinal-Departements sind vorläufig noch nicht zu verwerthen, da sie stetig steigen in Folge steter Vermehrung der Zugänglichkeit der ärztlichen Hülfe.

Verwerthbares Material habe ich nur für ein Land, und zwar Dänemark, finden können, dank der grossen Liebenswürdigkeit des ehrwürdigen Collegen, Dr. Bergh, Oberarzt des Vestre-Hospitals in Kopenhagen, der mir bei meinem letzten Besuch eine grosse Reihe von Jahresberichten schenkte, die er seit dem Jahre 1865 zusammengestellt. Denselben nun habe ich die Ziffern über die Anzahl der jährlich in Kopenhagen zur Behandlung kommenden Fälle von Scabies und Pediculosis entnommen und tabellarisch zusammengestellt.

Tabelle II.

Zahl der Scabies-Kranken die in sämmtlichen Hospitälern Kopenhagen's behandelt 1865—79.

1865—2850	1870—1483	1876—160 (?)
1866—1970	1871—1213	1877—211
1867—1660	1873— 753	1878—455
1868—1953	1874— 467	1879—808
1869—1400	1875— 328	

Selbstverständlich muss man bei einem Hospitalmaterial stets daran denken, das verschiedene Umstände darauf einwirken können und folglich sind alle Schlüsse nur mit grosser Vorsicht zu ziehen und werden sie immer ja auch einen relativen Werth haben. Trotzdem können wir nicht umhin, die Aufmerksamkeit auf die Thatsache zu lenken, dass in den 15 Jahren die Zahl der Scabies-Fälle, unter verschiedenen Schwankungen, von 2850 auf 808 heruntergegangen ist, wenngleich ich mich enthalten will schon jetzt einen Schluss daraus zu ziehen.

Nehmen wir aber nun Tabelle III vor, welche uns die Zahl der Pediculosis-Fälle die im Vestre-Hospital 1868—79 behandelt worden, giebt, so hat sie schon grösseren Werth dadurch, dass sie gleichzeitig die allgemeine Zahl der ins Hospital aufgenommenen Kranken giebt und ersehen wir daraus, dass die Zahl derselben keine grossen Schwankungen aufweist, während die Zahl der Pediculosis-Kranken von 272 auf 97 heruntergegangen, wobei noch zu bemerken, dass die Abnahme alljährlich und stetig erfolgt ist.

Tabelle III.

Zahl der Pediculosis-Kranken im Vestre-Hospital zu Kopenhagen pro 1868—79.

	Zahl der Kranken	darunter Pediculosis
1868	2632	272
1869	2174	205
1870	2099	168
1871	1756	182
1876	1246	106
1877	2873	103
1878	2039	97
1879	2151	97

Wenn wir nun diese beiden Tabellen neben einander stellen, die aus derselben Stadt und für denselben Zeit-

raum uns Angaben über 2 infectiöse Hautkrankheiten geben, so müssen wir doch annehmen, dass dieselben Umstände eine deutliche Abnahme der Scabies und Pediculosis bewirkt haben und können wir sie nur in einer Verbesserung der hygienischen Verhältnisse suchen, d. h. in einer Zunahme der Cultur.

Die Idee eines Vergleiches der Anzahl der Haut-Infectionskrankheiten mit den Fortschritten der Cultur ist noch so wenig ausgearbeitet, dass ich meinen Versuch nur als vorläufige Mittheilung zur Anregung den Collegen zur weiteren Bearbeitung vorlegen möchte und hoffe, dass die Zukunft zeigen wird, wie weit diese Idee eine ernste Beachtung verdient und welche practische Consequenzen sich daraus ergeben können. Eins scheint mir aber schon jetzt fest zu stehen, dass Mangel an Cultur und dem entsprechend Fehlen hygienischer Begriffe stets eine Verbreitung infectiöser Hautkrankheiten begünstigen.

Dagegen kann man aber die Einwendung erheben, dass in erster Linie Mangel an Wasser in einer bestimmten Gegend doch auch von grosser, wenn nicht Ausschlag gebender Bedeutung für die Reinlichkeit, folglich auch für die Ausbreitung infectiöser Hautkrankheiten sein wird. Gewiss ist das richtig, aber gerade hierbei kommt wieder die sociale Frage in den Vordergrund.

Ist in einer bestimmten Gegend zu wenig Wasser, oder von schlechter Qualität vorhanden, so hat eben die Bevölkerung darauf durch seine Organe zu dringen, dass genügend und gutes Wasser beschafft werde, um die Bevölkerung vor Infection zu schützen, nicht nur bezüglich der Cholera, des Typhus sondern auch bezüglich der Haut-Infectionskrankheiten und um dieses zu erreichen, dazu gehört ein gewisser Culturzustand der betreffenden Bevölkerung. Hier muss ich nochmals auf die eben citirte Arbeit Dr. Beletzki's zurückkommen. Derselbe sagt an einer Stelle: «Die Scabies ist ganz besonders in denjenigen Dörfern verbreitet, in denen fliessendes Wasser fehlt, so z. B. im Gebiet Petrokow, Kreis Swenigorod, wo auf Verlangen des Friedensvermittlers A. J. Rogatschevski (Arzt), in Anbetracht der starken Ausbreitung der Scabies, die Teiche den Bauern zur Benutzung freigestellt wurden, um die Wäsche zu waschen, da sie dieselbe in Pfützen auf der Strasse gespült. ...»

Bei der wichtigen Rolle, welche die Badstube bei Bekämpfung und Prophylaxe der Haut-Infectionskrankheiten spielen, war es mir von grossem Interesse zu erfahren, in welchem Zustande dieselben im Allgemeinen in den Provinzen sich befinden, zumal selbst in St. Petersburg die billigen Badestuben, welche die ärmere Bevölkerung benutzt, häufig in durchaus ungenügendem Zustande sind und nicht selten in den Ankleideräumen Scabies erworben wird. Nach einigem Suchen fand ich entsprechende Daten, und zwar officielle, in dem Jahresbericht des Medicinaldepartements pro 1891. Die Bilder welche die Gouvernements-Medicinal-Inspectore in ihren Meldungen entrollen, sind allerdings wenig erfreulich und erklären einigermaassen, weshalb dieses mächtige Mittel zur Bekämpfung der Hautkrankheiten nicht genügend wirksam ist. Ueber die Lage der Badestuben auf dem Lande, fehlen bisher jegliche Angaben, doch wissen wir, dass manche Gegend keinerlei derartige Einrichtungen besitzt vielfach aber die Bauerbadestuben möglichst primitiv eingerichtet sind.

Bezüglich der Städte liegen nur aus 50 Gouvernements Mittheilungen vor und nur aus 19 wird gemeldet, dass der Zustand befriedigend, in 31 dagegen mehr oder weniger unbefriedigend, von denen in 19 Gouvernements die Badestuben direct als «schmutzig» bezeichnet werden. Zur Characteristik möchte ich einige nähere Beschreibungen anführen.

So z. B. wurde in Baku «das warme Wasser im Bassin mehrere Monate lang nicht gewechselt», in Rjäsan bezieht eine Badestube ihr Wasser aus dem Fluss Lybeda — doch ist es schmutzig und stinkend, da eine andere Badestube ihr gebrauchtes Wasser in denselben Fluss abfliessen lässt.

In Krestowko-Iwanowsk (Gouv. Perm) sind die Badestuben eng, schmutzig, stinkend, schlecht eingerichtet und dienen als Sammelpunct der Ausschweifung.

In Kasan nehmen die Badestuben ihr Wasser aus dem See Kaban und hat es starken Mistgeruch an sich. In Rylsk (Gouv. Kursk) dient eine der Badstuben während der freien Zeit als Nachtasyl für die nach Kiew ziehenden Pilger. Man kann sich denken, was sie dahin mitnehmen an Hautinfectionen.

In Nishni-Nowgorod nimmt eine Badestube ihr Wasser aus einem Nebenarm der Oka, in welchem dasselbe, laut Gutachten des Medicinalrathes als völlig untauglich zur Benutzung anerkannt.

Wir können nur die Hoffnung aussprechen, dass sich seither die Verhältnisse vielfach gebessert haben, obgleich meine Patienten aus der Provinz auch jetzt noch häufig recht traurige Beschreibungen von ihren Badestuben machen.

Es erübrigt noch in kurzen Worten mehrerer Hautkrankheiten zu gedenken, die ebenfalls in socialer Beziehung eine gewisse Rolle spielen, es sind dieses die Lepra, der Lupus und das Pendeh-Geschwür.

Die Lepra-Frage hat bereits die öffentliche Meinung in hohem Grade interessirt, sodass ich darüber heute hinweggehen kann und nur bemerken möchte, dass dank des öffentlichen Interesses sich bei uns eine Reihe von Wohlthätigkeitsgesellschaften gebildet haben, sodass wir auf dem Wege sind, den Kampf gegen dieses Volksübel aufnehmen zu können.

Nicht weniger Elend bringt dem Volke der Lupus, doch da wir bisher kein genügendes Mittel zur Bekämpfung desselben besassen, so zogen sich die Kranken zurück und wir können uns daher noch kein Bild von dem Massstabe der Verbreitung machen. Nur soviel wollen wir sagen, dass seit Finsen's Phototherapie Aussicht auf Heilung giebt, tauchen von allen Seiten auch bei uns Lupuskranke auf. Im Augenblick liegen allein auf meiner Abtheilung 18 Lupöse, die 10 in dem Lichtinstitut in Behandlung begriffenen nicht mitgerechnet. Es ist eine Aufgabe der allernächsten Zeit für unsere Philantropen, die Mittel zur Gründung eines Lupus-Asyls uns zur Verfügung zu stellen.

Zum Schluss muss noch auf die sociale Bedeutung des Pendeh-Geschwürs hingewiesen werden, welches freilich nur für unsere centralasiatischen Provinzen von activem Interesse ist. Dort aber ist es nicht nur Volkskrankheit, sondern auch mancher Angereiste inficirt sich. Vor nicht langer Zeit spielte es jedoch eine wichtige Rolle, indem während des Feldzuges zur afghanischen Grenze viele hundert Soldaten erkrankten und kampfunfähig wurden, sodass aus Petersburg Aerzte abgesandt werden mussten um diese Krankheit näher zu studiren und Maassregeln zum Schutz der Truppen auszuarbeiten.

Die Bedeutung der Hautkrankheiten nervösen Ursprunges, sowie die professionellen Eczeme bieten ebenfalls viel Interessantes in socialer Beziehung, doch würde eine eingehendere Besprechung uns zu weit führen und sollen sie das Thema eines ferneren Artikels bilden.

Aus dem Dargelegten erlaube ich mir folgende Schlüsse zu ziehen:

1) Die Anzahl der Hautkranken in Russland ist eine bedeutende, wobei fast die Hälfte derselben an localen Haut-Infectionskrankheiten leidet, die unschwer der Behandlung weichen.

2) Die Verbreitung hygienischer Begriffe kann bedeutend zur Verminderung der Zahl der Hautkranken beitragen.

3) Die Verbreitung der Haut-Infectionskrankheiten hängt von dem Grade der Cultur der Bevölkerung ab.

4) Eine sehr wichtige Rolle bei der Bekämpfung der Haut-Infectionskrankheiten spielen die russischen Badestuben, die gegenwärtig jedoch vielfach in ungenügendem Zustande sind, daher wäre es durchaus nothwendig billige oder unentgeltliche Volks-Badestuben, die mit allen Mitteln der modernen Hygiene ausgerüstet, zu gründen.

Ueber die operative Behandlung der Uterusmyome.

Von
Wilhelm Beckmann,
St. Petersburg.

Kaum ist auf irgend einem anderen Gebiet der Gynäkologie in den letzten 25 Jahren, auf welche in dieser Jubiläumsnummer der «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift» ein Rückblick geworfen werden soll, ein grösserer Fortschritt zu verzeichnen als in der operativen Behandlung der Uterusfibromyome. Myomoperationen wurden zwar auch schon früher, sei es infolge falscher Diagnosenstellung, sei es zielbewusst (Köberle, Pean) ausgeführt, besassen aber kaum das Bürgerrecht. In der letzten Zeit haben sich die durch die Operationen erzielten Resultate so gebessert, dass von einigen Operateuren die Indication zur Ausführung der Myomotomie in jedem Falle allein durch das Vorhandensein des Myoms gestellt wird, wodurch eine vollständige Analogie mit der Ovariotomie zurecht bestehen würde.

So einfach ist denn die Sache doch nicht. Trotz aller günstiger Procentzahlen darf von der Anschauung, dass das Uterusfibromyom eine nicht maligne Geschwulst ist, nicht abgegangen werden. Daran wird jeder gewissenhafte Operateur festhalten, dem der Verlust selbst weniger operirter Myomkranker so recht die Thatsache zum Bewusstsein gebracht hat, dass die operirte Kranke mit ihrer Geschwulst wohl noch hätte Jahre lang leben können. Leider bleibt keinem Operateur eine derartig schwere Stunde, in der er sein Handeln nochmals kritisch prüft, erspart.

Wenn man sich nun die Frage vorlegt, wann ein operativer Eingriff beim Uterusmyom berechtigt ist, so muss man zunächst die Möglichkeit einer malignen, sacromatösen Degeneration der Geschwulst bei der Indicationsstellung zur Operation im Auge behalten.

Die sarcomatöse Degeneration der Myome kommt wohl häufiger vor als bisher angenommen wurde, sie gehört aber immerhin zu den Seltenheiten und wird von den Anhängern eines radicalen Vorgehens zu stark betont. Sie geht durch Metaplasie der Muskelzellen in Sarcomzellen, wie es die neueren Beobachter beschreiben, oder nach Virchow durch Umwandlung der Bindegewebselemente in Sarcomelemente vor sich. In einem meiner eigenen hierher gehörigen Fälle erhielt ich den Eindruck, als ob sowohl Bindegewebs- als auch Muskelzellen sich am metaplastischen Proliferationsprocess betheiligten

Wenn sich auch ziffernmässig die Häufigkeit der sarcomatösen Myomdegeneration nicht angeben lässt[1]), so muss ich doch der Meinung Gebhard's widersprechen, derzufolge diese Degeneration zu den «häufigen Erscheinungen» gehörte.

[1]) Nach einer Statistik Franqué's soll sie in 3,1 pCt. der Fälle vorkommen, in der Klinik Fehling's wurde 8 Mal sarcomatöse Degeneration unter 409 Fällen von Myomen beobachtet — etwas weniger als 2 pCt.

Die klinische Erkennung der malignen Degeneration eines Myoms gehört zu den schwierigsten diagnostischen Aufgaben. Keineswegs tritt dabei stets ein als charakteristisches Zeichen beschriebenes, auffallend rasches Wachsthum der Geschwulst zu Tage. Histologisch kann man auch bei kleinen, langsam wachsenden Geschwülsten dazwischen deutliche sarcomatöse Degeneration nachweisen. Objectiv wird ferner eine verminderte Härte der Geschwulst verwerthet. Bei der Palpation erhält man das Gefühl als ob der Tumor fluctuirte — so elastisch fühlt er sich an. Ich erinnere mich eines derartigen Falles, wo ein grosses Myom noch nach der Eröffnung der Bauchhöhle mit dem Troicart angestochen wurde, so täuschend ähnlich war die Consistenz der Geschwulst der einer Cyste.

Doch auch bei diesem Anhaltspunct für die Erkennung einer sarcomatösen Degeneration muss der Vorbehalt gemacht werden, dass auch grosse Myome ohne sarcomatöse Degeneration, die sich mikroskopisch als aus reinen glatten Muskelzellen bestehend präsentiren und nur wenig Bindegewebselemente enthalten, gleichfalls dieselbe prall elastische, fast fluctuirende Consistenz aufweisen. Bei schnellem Wachsthum und Vorhandensein von fluctuationsähnlicher Consistenz kann man Verwechselungen mit cystischer Degeneration nicht entgehen. Sie bleiben aber praktisch ohne Folgen, weil die cystische Degeneration eines Myoms schon selbst als Anzeige zur Myomotomie angesehen werden muss.

Bei beginnender maligner Degeneration ändert sich bekanntlich auch das Aussehen der Kranken. Wenn aber eine Myomkranke stark und lange geblutet hat, so hat sie nicht selten auch ohne Sarcomdegeneration ein anämisch-kachektisches Aussehen. Als weitere Kennzeichen einer malignen Myomdegeneration wären noch das veränderte subjective Befinden der Kranken wie auch das Auftreten von wehenartigen oder periodischen Schmerzen anzuführen.

Alle angeführten Momente müssen unter Berücksichtigung individueller Verhältnisse in Erwägung gezogen werden, sie bieten dem erfahrenen Beobachter immerhin genug Anhaltspuncte, um die Diagnose auf sarcomatöse Degeneration stellen zu können. Sowie aber dringender Verdacht darauf vorliegt, ist die Myomotomie selbstverständlich unverzüglich auszuführen.

In neuerer Zeit ist die Frage von dem Einfluss der Myome auf den Circulationsapparat und speciell das Herz vielfach studirt worden. Schon früher, wo die Sterblichkeit nach vollführter Myomotomie noch sehr gross war, kamen Todesfälle vor, die als directe Folge bestehender Herzschwäche gedeutet werden mussten. Heutzutage, wo die Möglichkeit einer septischen Infection während der Operation eine unvergleichlich geringere geworden ist, gehen noch immer Kranke nach dem Eingriff an organischen Herzveränderungen zu Grunde, trotzdem sicherlich jede Infection ausgeschlossen werden kann. Deshalb darf die Operation nicht zu spät hinausgeschoben werden und muss stets an eine Herzdegeneration durch das Myom bei der Indicationsstellung der Myomotomie gedacht werden. Viele Gynäkologen glauben an einen causalen Zusammenhang zwischen Myom und Herzdegeneration, wobei das Myom als Ursache, letztere als die Folge angesehen wird. Nur Wenige nehmen an, dass beide krankhaften Erscheinungen von derselben Ursache abhängig sind. Letztere Annahme ist fürs Erste noch als Hypothese anzusehen.

Die secundären Erscheinungen am Herzen können auf verschiedene Weise erklärt werden. Einerseits wird auf die Möglichkeit einer Herzhypertrophie durch das wachsende Myom hingewiesen, die analog ist der Herzhypertrophie bei Schwangerschaft. Während sich aber die Herzhypertrophie im Wochenbett wieder zurückbildet,

hat sie bei fortwachsendem Myom eine Dilatation des Herzens zur Folge, die ihrerseits in eine Degeneration des Herzmuskels übergeht.

Andere Autoren beschuldigen die Anämie bei der Myomkrankheit als die primäre Ursache, welche eine Dilatation des Herzens und consecutive Degeneration veranlasst.

Weniger plausibel und nicht für alle Fälle passend ist die Erklärung, derzufolge durch den Tumor ein Druck auf die Ureteren hervorgerufen wird. Die Folgeerscheinungen dieses Druckes in der Niere sollen ihrerseits die Veränderungen am Herzen zu Stande kommen lassen.

Wie man sich auch die Degeneration des Herzens bei grossen Myomen, die mit langdauernden Blutungen einhergehen, erklären mag — sie bleibt jedenfalls ein Moment, das bei der Prognose und Indicationsstellung nicht ausser Acht zu lassen ist. Schon mehrfach konnte constatirt werden, dass jämmerliche Pulsverhältnisse und eine unregelmässige Herzthätigkeit durch eine glücklich überstandene Myomotomie vollständig beseitigt werden konnten und einer normalen Herzthätigkeit Platz machten.

Die bei Myomen häufig beobachteten Thrombosen vor und nach der Operation, wie auch die Embolien müssen gleichfalls auf die besprochenen Herzveränderungen bezogen werden. So beobachtete Burckhardt unter 236 Myomotomien 12 Fälle von Thrombose resp. Embolie mit 6 Todesfällen. Man wird also darauf achten müssen den Zeitpunct der Ausführung der Myomotomie nicht zu sehr hinauszuschieben, um die Operation nicht durch die Möglichkeit einer Thrombose oder Embolie unnütz zu compliciren.

Da die genannten Herz- und Circulationsveränderungen zum grossen Theil von der durch die Blutungen bedingten Anämie hervorgerufen werden, dienen die letzteren schon seit lange als wichtigste Indication für die Ausführung der Myomotomie. Die Intensität und Häufigkeit der Blutungen bei Myomen ist ja sehr verschieden und hängt vorwiegend vom Sitz der Geschwulst ab. Je näher dieselbe zur Uterusschleimhaut sich befindet, desto häufiger und stärker die Blutungen. Bei der Beurtheilung des Blutverlustes muss man sich von den Folgeerscheinungen auf den Organismus und das Allgemeinbefinden leiten lassen. Dabei ist zu beachten, dass viele Kranke mittelstarke Blutverluste, die sich lange Zeit hindurch immer wiederholen gar nicht vertragen, während andere grosse Blutverluste leichter ohne alle Folgeerscheinungen überstehen und unter verhältnissmässig wenig gestörtem Allgemeinbefinden das Climacterium erreichen. Sobald die Blutungen so stark werden, dass jedes Mal eine sichtbare Schwäche auftritt, verbunden mit Schwindel, Ohrensausen, Kopfschmerzen, Herzklopfen und Kurzathmigkeit, so muss durchaus die Operation in Vorschlag gebracht werden, selbst wenn die Kranken erklären, es handle sich nur um verstärkte menstruelle Blutungen. Erholt sich gar die Kranke bis zur nächsten Blutung nicht, sondern machen sich schon die Zeichen einer chronischen Anämie bemerkbar, so dürfen palliative Massregeln nicht mehr in Anwendung gebracht werden, sondern muss unverzüglich zur Myomotomie geschritten werden. Gerade bei den regelmässig auftretenden, den menstruellen Typus einhaltenden Blutungen liegt die Gefahr nahe, dass die Operation zu lange hinausgeschoben wird zum Theil durch Schuld der Kranken selbst, zum Theil auch durch Schuld des Arztes. Starke menstruelle Blutungen im jüngeren Lebensalter müssen ohne weiteres als Anzeige für einen operativen Eingriff gelten.

Als weiter leichter zu beurtheilende und meist urgente Momente, welche die Myomotomie gerechtfertigt erscheinen lassen, sind ferner zu nennen starke Schmerzen, besonders bei subserösen Tumoren und Druck- und Einklemmungserscheinungen von Seiten der Blase und des Mastdarms, welche durch die Wachsthumsrichtung der Myome bedingt sind. Ist eine Geschwulst so gross geworden, dass sie fast die ganze Bauchhöhle einnimmt, so bleibt nur noch die Operation als ultimum refugium nach. Viel kleinere Geschwülste können schon auf die Blase, die Ureteren oder die Urethra drücken und chronische Nierenveränderungen zur Folge haben. Auch Circulationsbehinderung in den unteren Extremitäten kann hervorgerufen und bedenklich werden.

Seltener dienen als Indication zur Operation Stieltorsionen von subserösen Myomen, die von plötzlich auftretenden stürmischen peritonitischen und Einklemmungserscheinungen begleitet werden. In noch selteneren Fällen kommt es zu Axendrehungen des ganzen Uterus um seine Längsaxe. Wenn Ascites bei subperitonealen Myomen auftritt, so ist ein operativer Eingriff gleichfalls indicirt.

Gangrän und Verjauchung von Geschwülsten machen die Prognose einer Operation sehr dubiös, trotzdem muss dieselbe in Form einer Totalexstirpation als letztes Rettungsmittel in Anwendung kommen. Ebenso ist die Operation indicirt bei Inversion des Uterus, welche durch ein Fibromyom hervorgerufen ist, wobei nicht selten eine conservative Myomectomie ausgeführt werden kann.

Vielfach ist darüber gestritten worden, ob es gerechtfertigt sei eine gefährliche Myomoperation bei einer Patientin auszuführen, bei welcher die Menopause bald zu erwarten ist. Die Thatsache steht jedenfalls fest, dass in der Menopause Myome keine Beschwerden mehr machen, ebenso sicher ist die Verkleinerung oder sogar der Schwund der Geschwulst im Climacterium. Ich erinnere mich nicht eine Myomkranke gesehen zu haben, die im Climacterium ihrer Geschwulst wegen ärztliche Hilfe aufgesucht hätte. Meistens findet man das Myom im Climacterium als Nebenbefund. Andererseits erinnere ich mich auch nicht dessen bei Vorhandensein sehr grosser Myome trotz vorgeschrittenen Alters den Eintritt der Menopause beobachtet zu haben. Wenn die Geschwulst schon eine beträchtliche Grösse erreicht hat, so verzögert sie den Eintritt der Menopause um viele Jahre, weswegen die Operation trotz des vorgeschrittenen Alters doch unvermeidlich wird. Jedenfalls darf man bei schon vorhandener Anämie und grösserem Umfang des Myoms nicht allzusehr auf den günstigen Einfluss der Menopause hoffen, will man nicht unnütz die kostbare Zeit verlieren, um die Operation später unter ungünstigen Bedingungen gezwungenermassen auszuführen. Bei mittelgrossen — faust- bis kindskopfgrossen — Myomen mit nicht starken Blutungen äussert dagegen die Menopause einen unverkennbar günstigen Einfluss auf die Geschwulst, und darf deshalb auf den Eintritt des Climacteriums wohl gewartet werden.

Wenn wir somit eine ganze Reihe von Erscheinungen als Indicationen für die Myomotomie angeführt haben und es auch in vielen Fällen leicht wird sich zur Operation zu entschliessen, so wird doch dieser Entschluss nicht stets leicht fallen. Ich konnte es z. B. durchaus nicht billigen, dass mehrere Operateure einer jungen erst 2 Jahre verheiratheten Frau von 30 Jahren, die ein wallnussgrosses subseröses Fibromyom besass, die Exstirpation vorschlugen, um so mehr als keine Blutungen vorhanden waren und die Frau nur wegen Sterilität Hilfe suchte. Ebensowenig sind intramurale oder subseröse Geschwülste selbst von mittlerer Grösse, solange sie keine Blutverluste und keine anderen Beschwerden zur Folge haben, anzugreifen. Sie wachsen meist langsam und bilden sich im Climacterium zurück. Lässt sich dagegen eine schnelle Vergrösserung der Ge-

schwulst constatiren, so ist natürlich operativ vorzugehen. Am schwierigsten ist die Entscheidung in den Fällen, die erst spät in ärztliche Behandlung kommen. Ist die Anämie schon beträchtlich, die Herzthätigkeit eine schlechte und dauern die Blutungen fort, so sind einerseits die Chancen für die Operation nicht glänzend, andererseits der Radicaleingriff durchaus indicirt. Mit schwerem Herzen entschliesst sich der Operateur zum Eingriff und hat nicht selten die Freude dank seiner ausgebildeten Aseptik und mit Hilfe erprobter Methoden die Genesung seiner Kranken zu erzielen. Freilich treten gerade bei anämischen Subjecten trotz aller Vorsichtsmassregeln septische Infectionen doch noch auf, auch droht das Gespenst der Herzschwäche und der Thrombose und Embolie. Ist das Climacterium schon scheinbar nahe, so sucht man die Patienten durch palliative Mittel bis dahin über Wasser zu halten, ohne sie der Gefahr einer Operation auszusetzen. Doch riskirt man dabei stets bei fortschreitender Anämie später gezwungen zu sein eine Operation unter noch ungünstigeren Bedingungen ausführen zu müssen. Sociale und Familienverhältnisse werden vielleicht in vielen Fällen eine nicht geringere Rolle spielen als die oben angeführten medicinischen Momente. Löhlein spricht sich bei der Indicationsstellung folgendermassen aus: «Man muss den Jammer erlebt haben, den der Verlust der Mutter für eine kinderreiche Familie bedeutet, man muss die Frage der trostlosen Hinterbliebenen einer Myomotomirten, ob sich denn die Operation nicht habe umgehen lassen, da es doch eine gutartige Geschwulst gewesen sei, selbst zu beantworten gehabt haben, aber man muss auch andererseits die überschwänglichen Dankesäusserungen der nach jahrelanger Invalidität und nach beschwerlichen, anderweiten Heilungsversuchen Wiedergenesenen gehört haben, um ganz zu empfinden, wie schwierig die Entscheidung in solchen Fällen für den gewissenhaften Arzt wird.»

Was nun die operativen Methoden selbst anbetrifft, so ist zunächst die Castration zu erwähnen. Durch Entfernung der Ovarien wird eine künstliche Menopause hervorgerufen, deren Einfluss auf die Geschwulst sich dann geltend macht. Eine Schrumpfung der Myome nach Castration wurde in 90—97 pCt. der Fälle (Glaevecke, Wiedow, Hermes, Prochownik) beobachtet, vorausgesetzt dass alles Ovarialgewebe entfernt wird und nichts davon zurückbleibt. Trotz dieser günstigen Zahlen — die Mortalität der Operation beträgt 5,3—9 pCt. — wird die Castration neuerdings recht selten ausgeführt, einerseits weil doch Misserfolge beschrieben worden sind, was nach einem derartig grossen Eingriff schwer von den Patientinnen getragen wird, andererseits weil die Dinge so liegen, dass in allen den Fällen, wo die Ovarien leicht total zu entfernen sind auch die Myomotomie selbst technisch nicht schwierig und ein nur wenig schwererer Eingriff ist, während die Ovarien gerade in complicirten und schweren Fällen häufig so tief und in alten Exsudaten eingebettet liegen, dass sie schwerer erreichbar sind und mit Sicherheit nicht auf radicale Entfernung alles Ovarialgewebes gerechnet werden kann. Dann ist es natürlich zielentsprechender den Tumor selbst anzugreifen. Meine persönliche Erfahrung spricht gegen diese Operation.

Was nun die Radialoperation anbetrifft, so wird sie verschieden häufig ausgeführt. Wenige Operateure halten sie, wie gesagt, für unbedingt stets indicirt. Nach den Statistiken der meisten Gynäkologen werden 14—41 pCt. aller Myome operirt. Olshausen hat unter 320 Myomen die Operation in 16,4 pCt. ausgeführt.

Alle Tumoren, die auch innerhalb der Höhle des kleinen Beckens liegen, oder die sich in das Becken leicht hineindrücken lassen, können per vaginam angegriffen werden.

Submucöse Tumoren werden nach Dilatation des Cervicalkanals und seitlicher Incision der Portio vaginalis mit Hakenzangen gefasst, angezogen und mit Hilfe der Finger oder der Scheere ausgeschält und entfernt, eventuell nach Excision von keilförmigen Stücken und Verkleinerung der Geschwulst.

Sitzt der Tumor oberhalb des inneren Muttermundes, so kann die vordere Uteruswand nach Abschieben der Blase vom Cervix mit Hilfe des Mackenrodt'schen ⊤-schnittes freigelegt und median gespalten werden. Wird dabei auch die Peritonealhöhle eröffnet, so handelt es sich schon um eine Dührssen'sche vaginale Laparotomie. Die nach Entfernung des Myoms zurückbleibende Höhle wird vernäht und die Uteruswand vereinigt. Die Operation erfordert keine geringe technische Dexterität. In einem meiner in dieser Weise operirten Fälle war die vordere Uteruswand durch die Hakenzangen so zerfetzt worden, dass nach glücklich vollzogener Enucleation deswegen die Totalexstirpation angeschlossen werden musste. Je höher die Geschwulst sitzt und je grösser sie ist, desto schwieriger gestaltet sich die Operation. Sie ist verhältnissmässig selten ausgeführt worden, doch ist die Prognose jetzt schon eine ziemlich günstige geworden.

Kleinere subseröse Tumoren können je nach ihrer Lage entweder nach Eröffnung der vorderen oder hinteren Peritonealtasche abgetragen werden. Nach Entfernung des Tumors wird der Uterus durch den Peritonealschlitz in die Vagina vorgezogen, die Wundfläche durch Nähte gut versorgt und darnach der Uterus in die Bauchhöhle reponirt. Darauf folgt der Schluss der Peritonealtasche.

Retrocervical entwickelte Geschwülste von ziemlich beträchtlicher Grösse lassen sich häufig sehr gut vom hinteren Scheidengewölbe aus ausschälen und eventuell mit Hilfe von Morcellement entfernen. Die Wundhöhle wird darnach einfach tamponirt oder die Blutung nach Vorziehung des Uterus durch die Wunde im hinteren Scheidengewölbe durch Nähte gestillt.

Derartige conservative Operationsmethoden von der Vagina aus passen natürlich nur für solitäre Tumoren, bei multiplen Myomen ist die vaginale Totalexstirpation auszuführen. Dabei werden myomatöse Uteri von recht beträchtlicher Grösse entfernt. Viele Operateure sehen als oberste Grenze für die Ausführung der Operation Kindskopfgrösse, andere die Nabelhöhe an. Natürlich können derartige Uteri nur nach vorausgegangener Verkleinerung exstirpirt werden und zwar jetzt nach dem wohl allgemein angenommenen Princip Doyen's, dass der Tumor zuerst verkleinert hervorzuholen ist und erst darnach die Ligamente abzubinden sind. Letztere werden durch Ligaturen oder Klemmen versorgt — beides scheint trotz heftiger, noch andauernder Discussion gleich gut zu sein.

In neuerer Zeit hat Doyen endlich auch die Angiothrypsie zur Blutstillung verwandt und sind besonders mit der von Thúmim angegebenen Hebelklemme von vielen Operateuren gute Resultate erzielt worden. Es werden die Ligamenta lata mit diesem Instrument so stark gequetscht, dass die Gefässwände mit einander in Berührung gebracht werden und jegliche Blutung zum Stillstand kommt. Vorsichtige Operateure begnügen sich trotzdem nicht damit, sondern legen ausserdem noch Ligaturen an.

Die Herausbeförderung des myomatösen Uterus geschieht entweder in der Weise, dass die vordere Wand desselben, wenn er nicht zu gross ist, der Länge nach median gespalten wird. Darnach lässt er sich durch systematisches immer höheres Fassen der Schnittränder verhältnissmässig leicht entwickeln. Ist die Grösse der

Gebärmutter schon beträchtlicher, so müssen aus ihrer vorderen Wand so lange rhomboide Stücke herausgeschnitten und alle sich einstellenden Knoten enucleirt werden, bis es gelingt den Uterus in die Vagina vorzuziehen. Dabei werden, häufig nach Gefühl, stets höher gelegene Wandpartien mit Hakenzangen gefasst und angezogen, — was die Operation gerade keinen eleganten Verlauf nehmen lasst.

Wenn auch der Eindruck des Morcellements kein günstiger und die Arbeit des Operateurs eine schwierige ist, wird letzterer doch durch den überraschend günstigen Verlauf nach der Operation, der sich mit einer abdominalen gar nicht vergleichen lässt, reichlich entschädigt. Je grösser die Geschwulst ist, die per vaginam durch Morcellement entfernt wird, desto grösser sind die technischen Schwierigkeiten. Viele Operateure ziehen schon bei Tumoren, die noch per vaginam zu entfernen waren, die abdominale Operation vor, weil sie „reiner" und chirurgischer ist. v. Ott hatte auf 193 vaginale Myomoperationen 3,1 pCt. Mortalität.

Von den abdominalen Methoden haben sich jetzt die supravaginale Amputation und die Totalexstirpation gleichviel Anhänger erworben.

Noch vor 10 Jahren wogte der Kampf um die extra- oder intraperitoneale Stielversorgung heftig hin und her. Heutzutage ist die Frage zu Gunsten der letzten Methode entschieden. Extraperitoneale Stielversorgung nach supravaginaler Amputation mit Einnähung des durch einen Gummischlauch abgeschnürten Stieles in den Wundwinkel hat jetzt nur noch als Schnellverfahren eine Berechtigung bei sehr anämischen, herzschwachen Patientinnen, wo eine längere Dauer der Operation die Lebensgefahr erhöht. Schauta verlor von 65 mit extraperitonealer Stielbehandlung operirten Patientinnen nur 4.

Schröder trat zuerst für die intraperitoneale Stielbehandlung ein. Durch sorgfältige Etagennaht des keilförmig zugeschnittenen Stumpfes erzielte er für seine Zeit glänzende Resultate. Seine Methode wird jetzt nur noch von seinen Schülern Brennecke und Runge geübt. Ersterer erzielte damit 26 Heilungen nach der Reihe.

Auch die Zweifel'sche Versorgung des möglichst klein gelassenen Stumpfes durch fortlaufende Partienligatur wird jetzt kaum mehr von Jemand nachgeahmt, trotzdem sie ihrem Erfinder glänzende Dienste geleistet hat.

Die herrschende Methode ist jetzt die retroperitoneale Stielversorgung nach Chrobak und Hofmeier. Die Ligamenta lata werden bis zum Scheidengewölbe herab gebunden und die Aa uterinae unmittelbar darüber abgebunden, wodurch völlige Blutleere des Stumpfes erzielt wird. Letzterer muss möglicht klein werden und wird durch zwei Peritonealiappen, die vorn und hinten vor Abtragung des Tumors abpräparirt werden, gedeckt. Durch sorgfältige Vernähung der Lappen bleibt über der Stumpfoberfläche ein retroperitonealer Raum zurück, der eventuell durch den Cervicalcanal mit Hilfe eines Jodoformdochtes drainirt werden kann. Chrobak erzielte mit dieser Methode eine Sterblichkeit von 4,75 pCt.

Völlige Blutleere des Stumpfes und geringe Grösse desselben scheinen von nicht geringerer Wichtigkeit zu sein als das Bedecken desselben mit Peritoneallappen, wenigstens sprechen dafür die mit anderen Methoden erzielten guten Resultate, die auf die Lappendeckung verzichten.

v. Ott pacquelinisirt den kleinen Stumpf und bindet ihn nach Versorgung der Arteriae uterinae durch 2 Ligaturen in toto ab.

Nicht weniger verbreitet als die retroperitoneale Stielversorgung ist die Totalexstirpation des Uterus. Sie ist von Bardenheuer eingeführt und hat Dank Trendelenburg und Martin eine weite Verbreitung gefunden.

Viele Operateure wenden die combinirte vagino-abdominale Methode an, indem sie von der Vagina aus beide Scheidengewölbe eröffnen, die Cervix auslösen, die Uterinae umstechen und später vom Abdomen aus die Lig. lata abbinden. Die Oeffnung im Formix vaginae kann nach unten drainirt werden oder wird noch besser von oben ganz geschlossen.

Beim rein abdominalen Verfahren ging man früher von oben nach unten vor bis Doyen die Methode in genialer Weise modificirte. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zieht er die Geschwulst stark nach vorn und unten über die Symphyse. Darnach wird das hintere Scheidengewölbe vom Abdomen aus eröffnet und die Portio vaginalis mit einer Muzeux'schen Zange in die Bauchhöhle gezogen. Jetzt erfolgt die Auslösung der Cervix mit der Scheere, wobei durch Zug der Portio nach hinten oben die Blase von der Cervix abgerollt wird. Nach Eröffnung der vorderen Peritonealfalte werden jetzt die Lig. lata abgetragen und nachträglich ligirt. Das Bauchfell wird unten durch Tabaksbeutelnaht geschlossen.

Modificationen der abdominalen Totalexstirpation giebt es unzählige. Jeder Operateur geht nach eigener Methode vor. Zu erwähnen wäre nur, dass von Seiten Sneguireff's und Gubaroff's dringend zur isolirten Ligirung der 4 Uteringefässe anstatt der Massenligaturen gerathen wird, wodurch dicke Ligamentastümpfe vermieden werden. Andere Operateure leiten die langgelassenen Ligaturen resp. die Ligamentenstümpfe in die Vagina.

Nach der Zusammenstellung Olshausen's wurde durch die supravaginale Amputation von den verschiedensten Operateuren auf 806 Operationen 5,6 pCt. Mortalität, auf 520 Totaloperationen 9,6 pCt. Sterblichkeit erreicht. Einzelne Operateure veröffentlichen noch bessere Resultate. So hat Zweifel eine ununterbrochene Reihe von 81 Myomohysterectomien ohne Todesfall, v. Rosthorn verlor nur eine Kranke an Embolie unter 66 Radicaloperationen.

Die Totalexstirpation ist zeitraubender, hat aber den Vorzug nichts vom Uterus zurückzulassen und auch auf tiefe in die Cervix reichende Tumoren zu passen. Sie schützt also vor Recidiven oder vor aus der Cervix ausgehenden Neubildungen (Portiocarcinom). Ausserdem ist sie angebracht bei vereiterten und verjauchten Tumoren und bei maligner Degeneration der Myome. Die supravaginale Amputation soll bei normaler dünner Cervix ausgeführt werden, wo man einen möglichst kleinen Stumpf zurücklassen kann. Sie ist technisch leichter ausführbar und weniger zeitraubend.

Handelt es sich nicht um multiple Fibroide, sondern einzelne Knoten, so kommen ausser den kurz beschriebenen Radicaloperationen auch conservative abdominale Methoden in Frage.

Gestielte subseröse Fibromknoten können einfach doppelt ligirt und abgetragen werden. Sitzt der Tumor dem Uterus breitbasig auf, so wird er durch einen ovalen Schnitt keilförmig abgetragen und die Wunde durch schnell angelegte Knopfnähte exact geschlossen. Die erzielten Resultate sind nicht sehr glänzend. Olshausen hatte unter den letzten 39 derartigen Operationen noch 5 Todesfälle.

Auch die abdominale Enucleation der Myome aus der Uteruswand mit etagenförmiger Vernähung des zurückbleibenden Geschwulstbettes wird nicht häufig von Nachblutungen gefolgt und führt häufiger als die Radicaloperation zur Sepsis, weswegen die Fälle mit grosser Vorsicht ausgewählt werden müssen und man sich nicht zu falschem Conservatismus hinreissen lassen darf. Nur dann kann man so gute Resultate wie Ols-

hausen erzielen, der unter 207 abdominalen Myomoperationen 29 Mal Enucleationen ohne Todesfall machte. Martin, der Vorkämpfer dieses conservativen Verfahrens operirte 72 Fälle ohne Eröffnung des Uteruscavum mit 10 Todesfällen, und 24 Fälle mit Eröffnung der Gabärmutterhöhle mit 8 Todesfällen. 177 Enucleationen, von verschiedenen Autoren ausgeführt, ergaben 13 pCt. Mortalität.

In jüngster Zeit ist endlich für gewisse Fälle von Cervixmyomen von Olshausen ein hübsches Verfahren in Anwendung gebracht, bei welchem ein grosses Collummyom per laparotomiam ausgeschält, darauf das unveränderte Corpus uteri durch Querschnitt abgetrennt und in den Formix vaginae eingenäht wurde. Der Frau blieb die Menstruation erhalten. Subseröse Collummyome können ebenso gut vom Abdomen aus ausgeschält werden, wobei die gesammten Genitalien zurückgelassen werden können.

Zum Schluss sei noch erwähnt, dass bei jeglicher Art von radicalen Myomoperationen jetzt stets die Ovarien zurückgelassen werden, wodurch das Auftreten quälender Ausfallserscheinungen mehr oder weniger hintangehalten werden kann.

Ziehen wir noch das Facit aus den durch die eben beschriebenen Operationsmethoden erzielten Resultate, so lässt es sich in folgende Zahlen zusammenfassen.

Die mittlere Mortalität für die jeweilig herrschenden Myomotomie-Methoden betrug nach Zusammenstellung der Resultate vieler Operateure

im Jahre 1875 = 64,5 pCt. (Pozzi),
1890 = 23,1 » (Hofmeier),
1897 = 5,6—9,6 pCt. (Olshausen).

Diese Zahlen sprechen für sich selbst, sie dürfen uns aber trotzdem nicht verleiten die Myomotomie der Ovariotomie gleichzustellen. Selbst wer auf seine unfehlbare Asepsis und Technik pocht, ist vor der Gefahr einer Embolie oder des Ileus nicht geschützt.

Alternirendes Auftreten von Glaukoma simplex und Retinitis pigmentosa an einer Reihe von Geschwistern.

von

Dr. Ernst Blessig.

Die Familie, deren zwiefaches Augenleiden den Gegenstand dieser Mittheilung bildet, ist vielen Augenärzten St. Petersburgs bekannt. Nachdem ich selbst drei von den Schwestern P— beobachtet und eine von ihnen operirt, schien es mir von Interesse, die Augenbefunde dieser und der übrigen, von andern Collegen behandelten Geschwister möglichst vollständig zusammenzustellen. Als Quellen dienten mir dabei neben meinen eignen Notizen und den Aufzeichnungen meines Oheims, weil. Dr. Robert Blessig, hauptsächlich die Krankenjournale der Herren Dr. Graf Magawly, Dr. O. Lange und Dr. Th. v. Schroeder, sowie des Frl. M. K. Ernroth, wofür ich den Genannten meinen besten Dank sage. Die biographischen Daten verdanke ich den bereitwilligen Mittheilungen der ältesten, gegenwärtig einzigen noch lebenden Schwester, Frl. Sophie P—. Wo die folgende Zusammenstellung Lücken aufweist, mögen diese durch die Schwierigkeiten entschuldigt sein, die das Sammeln von zeitlich so weit von einander liegenden Beobachtungen darbietet.

Geschwister P—:

1) Sophie geb. 1822, unverheirathet.

1884 beobachtet von Dr. Lange: rechts: Glaukoma simplex, Cataracta incipiens, T. + 2 V = 0,2 Hm 2,5 D; G. F. concentrisch eingeengt, tiefe glaukomatöse Excavation der Papille; links: Cataracta incipiens, im übrigen normal. T. n. V = 0,5 Hm 2,5 D; G. F. gut. Am 2. Februar nach vorherigem Eserin-Gebrauch Iridectomie rechts; danach T. n. V = 0,3, G. F. besser.

1890 (und später) eigene Beobachtung: rechts: grosses randständiges Colobom, Cataracta incipiens, tiefe Excavation. T. n. V = 0,2 Hm. 4,0 D; G. F. concentrisch hochgradig eingeengt; links: Cataracta incipiens, Papille blass, nicht excavirt. T. n. V = 0,4 Hm 4,0 D; G. F. normal.

1898 links: Papille blass, seichte Excavation, T. n. V = 0,3, G. F. normal. Ordin. Pilocarpin.

1899 links: Glaukoma simplex. Excavation wie früher. T. + ? V. idem. G. F. deutlich concentrisch eingeengt, besonders von innen. Am 7. April Iridectomie links; danach V. und G. F. beiderseits unverändert. T. n. beiderseits.

1900 Status idem. V. und G. F. unverändert. T. n. Linsentrübungen haben nicht merklich zugenommen.

2) Carl, geb. 1824, verheirathet, nachtblind von Kindheit an, schwer harthörig. Makler; — gestorben 1897.

1872—73 beobachtet von Dr. R. Blessig: Retinitis pigmentosa beiderseits, consecutive Trübung am hintern Linsenpol, starke Pigmentirung der Netzhaut, Papille abgeblasst. V. rechts = $^2/_7$—$^2/_5$ M. $^1/_{36}$. links = $^2/_{10}$—$^2/_7$. M. $^1/_{36}$. Hemeralopie. G. F. concentrisch eingeengt, fast bis zum Fixationspunkt.

1878 von Dr. Graf Magawly derselbe Befund notirt. V. rechts = Fingerzählen in 3—4 Meter, links = $^1/_8$.

1887 (und später) beobachtet von Dr. v. Schroeder: hochgradige, ganz typische Retinitis pigmentosa beiderseits, Atrophia nervi optici, Cataracta consecutiva, Nystagmus. V. rechts = Handbewegungen in der Nähe, links fast = 0. Patient leidet unter sehr lästigem Flimmern.

3) Emma, geb. 1825, verheirathete P—. gest. 1898. Soll gesunde Augen gehabt haben.

4) Julie, geb. 1827, verheirathete N—. gest. 1895. Soll gesunde Augen gehabt haben.

5) Emilie, geb. 1830, unverheirathet, schwer harthörig; — gest. 1900.

186 (?) links wegen Glaukom iridectomirt (Dr. Graf Magawly).

1890, nach Verletzung des operirten linken Auges durch einen Unfall — Enucleation (Dr. Graf Magawly).

1890 von Frl. M. K. Ernroth notirt: rechts V = $^{20}/_{20}$, Hm $^1/_{24}$ Augenhintergrund normal.

1899—1900 beobachtet von Frl. Ernroth und mir: rechts Glaukoma simplex: randständige Excavation, Lamina cribrosa sichtbar, Papille sehr blass. T. + ? V = 0,2 Hm. 1,5 D (nach Pilocarpin V = 0,5). G. F. innen einwenig eingeengt. — Keine Operation.

6) Robert, geb. 1832, verheirathet; nachtblind von Jugend an, harthörig; Architekt; — gestorben 1886.

1885 von Dr. Lange notirt: Catar. polar. ant.; typische Retinitis pigmentosa beiderseits, Papille und Netzhaut vollkommen atrophisch. V rechts $^4/_{24}$ Hm 2,0 D, links $^4/_9$ Hm 2,0 D. Hemeralopie. G. F. beiderseits eingeengt bis zum Fixationspunct.

7) Fanny, geb. 1834, unverheirathet; — gest. 1898. Soll gesunde Augen gehabt haben.

8) Bernhard, geb. 1836, unverheirathet; — gest. 1856. Soll gesunde Augen gehabt haben.

9) Anna, geb. 1838, unverheirathet, nachtblind und harthörig, an Kopfschmerzen leidend; — gestorben 1893.

1884 beobachtet von Dr. Lange: Retinitis pigmentosa beiderseits, Pigmentirung besonders stark nach innen. V. beiderseits 0,4 Hm 1,0 D; G. F. concentrisch eingeengt bis zum Fixationspunct. Hemeralopie.

1873 eigene Beobachtung: Ophthalmoskopisch derselbe Befund. V. beiderseits = Fingerzählen in 2—3 Metern, bei ganz engem G. F.

Somit hatten von 9 Geschwistern nachweislich 2 Schwestern (Sophie und Emilie) Glaukom, 2 Brüder (Carl und Robert) und 1 Schwester (Anna) — Retinitis pigmentosa. In der Reihenfolge der Geschwister finden sich zweimal zwischen den augenkranken je zwei mit normalen Augen. Zweimal wiederholt sich die Serie: 1) Schwester: Glaukom, 2) Bruder: Retinitis pigmentosa, 3) und 4) normal. Die Eltern aller dieser Geschwister waren nicht blutsverwandt und sollen gesunde Augen gehabt und bis ins hohe Alter gut gesehen haben. Der Grossvater väterlicherseits soll allerdings in älteren Jahren erblindet sein.

Das Befallenwerden mehrerer Geschwister von dem gleichen Leiden, ohne dass die Eltern an demselben gelitten, eine sogen. «collaterale Heredität», ist sowohl beim Glaukom wie bei der typischen Pigmentdegeneration (s. Retinitis pigmentosa) nicht selten beobachtet worden. Andererseits ist das Vorkommen beider Processe an demselben Individuum und an demselben Auge in einigen, allerdings sehr seltenen Fällen constatirt. Während früher angenommen wurde, dass Glaukom und Pigmentdegeneration sich gegenseitig ausschlössen, hat die Casuistik des letzten Jahrzehntes die gelegentliche Coincidenz beider Affectionen erwiesen. Wenn wir von zwei von Mandelstamm[1]) ganz kurz erwähnten Fällen absehen, wurde zuerst 1893 von Bellarminow[2]) ein solcher Fall ausführlich beschrieben und abgebildet; 1897 folgten Beobachtungen von Goldzieher[3]) und Heinersdorff[4]) (je 1 Fall, der letztere gleichfalls mit Abbildung); 1898 konnte Natanson[5]), der bei Mittheilung zweier neuer Fälle die Casuistik bis zum genannten Jahr zusammenstellte, unter Hinzuziehung dieser 2 eigenen und 2 älterer, auch von Heinersdorff citirten Fälle (Desmarres, Schnabel) — im Ganzen 9 Fälle dieser Combination zählen. Seitdem sind meines Wissens nur noch (1899) 2 Beobachtungen von Strachow[6]) hinzugekommen; mithin bis jetzt im Ganzen 11 Fälle, von denen 7 in Russland beobachtet sind (Mandelstamm 2, Bellarminow 1, Natanson 2, Strachow 2).

Dagegen habe ich in der Literatur keine einzige Beobachtung von alternirendem Auftreten von Glaukom und Pigmentdegeneration an mehreren Geschwistern, wie in unseren Fällen, gefunden. Es ist, besonders im Hinblick auf die oben erwähnten combinirten Erkrankungen, beachtenswerth, dass von diesen Geschwistern die an Pigmentdegeneration leidenden keine Erscheinungen von Glaukom, und umgekehrt, die an Glaukom erkrankten — keine Zeichen von Pigmentdegeneration darboten.

Ein so ausgesprochen alternirendes Verhalten zwingt zu der Annahme, dass hier nicht ein nur zufälliges Zusammentreffen, sondern ein causaler Zusammenhang besteht, dass also bei diesen Geschwistern Glaukom und Pigmentdegeneration eine, wenn auch nicht bekannte, gemeinsame Ursache haben. Und weiter führt eine solche Beobachtung dazu, auch die oben citirten Fälle nicht als eine blos zufällige, gelegentliche Combination zweier von einander ganz unabhängiger Processe anzusehen. Ueber die Art des Zusammenhanges dieser kann allerdings nichts Bestimmtes gesagt werden, solange noch über die Pathogenese des primären Glaukoms einerseits und der typischen Pigmentdegeneration (s Retinitis pigmentosa) andererseits so wenig Klarheit herrscht. Es liegt aber nahe die gemeinsame Ursache beider Processe in einer Erkrankung der Gefässe zu suchen. Dafür sprechen sowohl die anerkannt nahen Beziehungen des Glaukoms zu intraocularen und allgemeinen Gefässveränderungen und Circulationsstörungen, wie auch die bei Pigmentdegeneration ophthalmoskopisch sichtbaren und auch anatomisch nachgewiesenen sklerotischen Veränderungen der Netzhaut- und auch Aderhautgefässe (Wagenmann[7]), Deutschmann[8]), Bürstenbinder[9]). Eine gewisse Belastung der hier besprochenen Geschwister in Bezug auf Gefässerkrankungen, speciell Arteriosklerose, scheint mir auch aus der Angabe hervorzugehen, dass die beiden augenkranken Brüder am «Herzschlage», gestorben sein sollen. Von anderweitiger hereditärer Belastung der Familie ist mir nichts bekannt.

Wie in den meisten Fällen von Combination mit Pigmentdegeneration, so trat auch hier das Glaukom nur in der Form des Glaukoma simplex auf. In Bezug auf die Refraction ist zu bemerken, dass die Patienten fast alle (mit Ausnahme des einen schwach myopischen Bruders) mehr oder weniger stark hyperopisch waren.

Zu erwähnen ist noch, dass vier von den augenkranken Geschwistern harthörig waren (die beiden Brüder und je eine Schwester mit Glaukom und mit Pigmentdegeneration). Bekanntlich ist die Schwerhörigkeit eine nicht seltene Begleiterscheinung beider genannten Augenleiden.

Die recht zahlreichen Kinder der vier verheiratheten Geschwister, (der beiden augenkranken Brüder und zweier nicht augenkranker Schwestern) stehen jetzt meist im mittleren Alter. Mehrere von ihnen sind in ihrer Jugend und auch später augenärztlich untersucht worden, doch ist an ihren Augen, soviel mir bekannt, ausser Refractionsfehlern, nichts Abnormes constatirt worden.

[1]) «Klinische Vorlesungen», russ. Lfrg. III. 1891.
[2]) Archiv f. Augenheilk. XXVII, Westnik oftalm. 1893.
[3]) Centralbl. f. pract. Augenheilk. 1897.
[4]) Archiv f. Augenheilk. XXXIV. 1897.
[5]) Mittheil. aus der St. Petersb. Augenheilanstalt, Heft V, 1898.
[6]) Medizinskoje Obosrenje 1899. Daselbst auch ausführliche Casuistik!
[7]) Archiv f. Ophth. XXXVII. 1891.
[8]) Beiträge zur Augenheilk. III. 1891.
[9]) Archiv f. Ophth. XLI. 1895.

Vermischtes.

— Am 26. Februar beging, wie die Revaler Blätter melden der Senior der Revaler Aerzte Staatsrath Dr. Albert Haller sein 50jähriges Doctorjubiläum. Aus diesem Anlass wurden dem Jubilar durch eine Deputation der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Reval eine künstlerisch ausgeführte Adresse und das Ehrenmitglieds-Diplom der Gesellschaft überreicht, nachdem ihm am Vorabend seines Ehrentages von Mitgliedern des Revaler Vereins für Männergesang, dem Dr. Haller einst als Präses vorgestanden, eine Serenade gebracht worden war. — Was den Lebensgang des Jubilars anbetrifft, so war Dr. Haller, welcher gegenwärtig im Alter von nahezu 73 Jahren steht, nach Absolvirung seiner Studien an der Dorpater Universität im Jahre 1851 mit der Doctorwürde, anfangs Militärarzt und machte als solcher auch den Krimkrieg mit, dann mehrere Jahre Landarzt in Estland, bis er sich im Jahre 1865 bleibend in Reval niederliess, wo er längere Zeit die Aemter eines Stadtphysicus, sowie eines jüngeren Arztes und später dasjenige eines Oberarztes an den Anstalten des Collegiums der allgemeinen Fürsorge bekleidete. Nachdem er im Jahre 1887 aus dem Staatsdienst geschieden, ist er bis jetzt als praktischer Arzt in Reval thätig gewesen, da er trotz des vorgerückten Alters einer seltenen Geistesfrische und Rüstigkeit sich erfreut.

— Warschauer Blättern zufolge giebt der Professor der Chirurgie und Director der chirurgischen Facultätsklinik der Warschauer Universität, Dr. M. A. Wassiljew, wegen ernster Erkrankung seine Lehrthätigkeit an der genannten Universität auf.

— Der ausserordentliche Professor der Chirurgie an der Kiewer Universität, Staatsrath Dr. Leo Malinowski, ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

— Der ordentliche Professor der Universität Jurjew (Dorpat), Staatsrath Dr. Muratow ist gemäss seinem Gesuch zum ausserordentlichen Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität Kiew ernannt worden.

— Zur Besetzung des Lehrstuhls der normalen Anatomie an der Militär-Medicinischen Akademie, welcher durch die Ernennung Prof. Tarenezki's zum Chef der Akademie vacant geworden, ist ein Concurs ausgeschrieben. Wie verlautet, beabsichtigt der Privatdocent Dr. Delizyn, welchem die Vorlesungen Prof. Tarenezki's über normale Anatomie für die Studirenden des II. Cursus der Militär-Medicinischen Akademie interimistisch übertragen worden sind, sich ebenfalls um diese Professur zu bewerben, obschon er bereits zum Nachfolger Prof. Dudukalow's auf dem Lehrstuhl der operativen Chirurgie und topographischen Anatomie an der Charkower Universität gewählt worden ist.

— Der stellv. Hapsalsche Stadtarzt Dr. Martin v. Hörschelmann ist der «Estl. Gouv. Ztg.» zufolge zum Hapsalschen Badearzt ernannt worden.

— Wie die «Rev. Ztg.» erfährt, ist Dr. Eugen v. Mickwitz einstimmig zum Ampelschen Vereinsarzt in Estland gewählt worden.

— Für den vacanten Posten des Bibliothekars der Militär-Medicinischen Akademie haben sich 5 Candidaten gemeldet: die Privatdocenten der Akademie Dr. Blumenau und Dr. Borissow, der Marinearzt Dr. Grusdew, der Militärarzt Dr. Tschistowitsch und der bisherige Gehilfe des Bibliothekars W. Brasch. (Her.)

— Ordensverleihungen: Der St. Wladimir-Orden 4. Classe — dem Director des Asyls für Geisteskranke auf den Namen Kaiser Alexander III., Staatsrath Dr. A. Timofejew und dem Arzt der Moskauer Commandantur-Verwaltung, Collegienrath Dr. W. Sturm.

— Verstorben: 1) In Kasan am 22. Februar der stellvertretende Medicinalinspector des Kasanschen Gouvernements wirkl. Staatsrath Dr. Leo Mandelstamm im 63. Lebensjahre an einem organischen Herzfehler. Der Hingeschiedene begann seine ärztliche Thätigkeit nach Absolvirung des Cursus an der Charkower Universität im Jahre 1861 als Stadtarzt in Lubny. Am Ende des Jahres 1871 wurde er der Medico-Chirurgischen Academie zu wissenschaftlichen Zwecken zukommandirt und erhielt dann 1873 den Posten des Medicinalinspector-Gehilfen und vor ca. 8 Jahren denjenigen des Medicinalinspectors in Kasan, welche Stellung er bis zu seinem Lebensende inne hatte. Gleichzeitig fungirte er viele Jahre als Privatdocent für Kinderkrankheiten an der Kasanschen Universität. Der Verstorbene hat sich namentlich grosse Verdienste bei der Bekämpfung der im Jahre 1899 im Gouvernement Kasan wüthenden Epidemien (Scorbut, Typhus etc.) erworben. — 2) In St. Petersburg der frühere langjährige Ordinator am hiesigen Findelhause und Docent an der Schule für Feldscherinnen bei demselben, Dr. Michael Snitkin. — 3) In Ssoroki (Bessarabien) der Arzt des jüdischen Krankenhauses Dr. Lyssy am Flecktyphus, mit dem er sich bei der Behandlung von Typhuskranken inficirt hatte. Die ärztliche Praxis hat L. seit 1888 ausgeübt. — 4) In Nerechta (Gouv. Kostroma) der freiprakticirende Arzt Stephan Napokoitschizki, welcher zugleich das Amt des Stadtrichters bekleidete. — 5) In Marburg der ausserordentliche Professor Dr. Otto v. Heusinger im 71. Lebensjahre. Seine Lehrthätigkeit an der Marburger Universität begann er bereits im Jahre 1861 als Privatdocent für innere Medicin und Hautkrankheiten; seit 1885 hielt er Vorlesungen über gerichtliche Medicin. Von ihm stammt eine ganze Reihe werthvoller Arbeiten aus verschiedenen Gebieten der inneren Medicin.

— Dem Oberarzt an der Breslauer chirurgischen Universitätsklinik, Privatdocenten Dr. Henle, ist der Professortitel verliehen worden. (Allg. med. C.-Ztg.)

— Prof. Dr. Körner, Director der Poliklinik für Ohrenkrankheiten in Rostock, hat die an ihn ergangene Berufung nach Strassburg als Nachfolger des Prof. Kuhn auf dem Lehrstuhl der Oto- und Rhinologie ausgeschlagen.

— Der bekannte Charkower Philanthrop Maximilian Helferich hat 100,000 Rbl. zur Errichtung eines speciellen Krankenhauses für Frauen, die an inneren Krankheiten leiden, sowie 25,000 Rbl. zur Stiftung von vier Gratisbetten in diesem Krankenhause in Charkow gespendet.

— In Athen wird in diesem Jahre vom 13.—23. Mai n. St. der erste panhellenische medicinische Congress stattfinden, an dem auch nichtgriechische Aerzte theilnehmen können.

— Das Institut für Tropenmedicin, das vom Hamburger Senat mit Unterstützung des Deutschen Reiches eingerichtet worden, ist vor Kurzem in Hamburg eröffnet worden. Zum Director desselben ist der hamburgische Hafenarzt, Dr. Nocht, ein Schüler Prof. Robert Koch's, ernannt worden.

— Eine Staatsanstalt zur Herstellung von Antidiphtherieserum wird in Dänemark errichtet werden. Man hofft dort dieses Heilmittel für ein Drittel des Preises, den die deutschen Fabriken dafür verlangen, herstellen zu können. Das Serum soll von der Anstalt womöglich gratis abgegeben werden.

— In Dôle, der Vaterstadt Pasteur's, wird dem grossen Gelehrten und Forscher ein Denkmal errichtet. Nach dem von dem Bildhauer Antonin Carlés vollendeten Modell steht am Fusse des Sockels die Wissenschaft, welche einen Lorbeerkranz emporhält, während auf den Stufen die Humanität sitzt, welche zwei Kinder in den Armen hat, die Pasteur's Kunst rettete.

— Eine «Internationale Gesellschaft zur Prophylaxe der Syphilis und der venerischen Krankheiten in sanitärer und moralischer Hinsicht» hat sich in Brüssel auf Initiative Professor Fournier's gebildet. Zum Beitritt werden Aerzte und alle Diejenigen eingeladen, welche durch ihre Thätigkeit, Stellung oder Fachkenntniss der Gesellschaft nützen können. Der Jahresbeitrag beträgt 20 Francs.

(Wien. klin.-ther. Wochenschr. — Allg. m. C.-Ztg.)

— Wie stark verbreitet die Syphilis in manchen Gegenden Russlands ist, beweisst wieder eine soeben erschienene Doctor-Dissertation «Zur Statistik der Syphilis unter der Landbevölkerung des Moskauer Gouvernements» von dem Moskauer Arzt Nikolai Speranski, welcher in derselben constatirt, dass fast sämmtliche Dörfer des Moskauer Gouvernements mit dieser Krankheit inficirt sind, und zwar nicht weniger als 97,66 pCt. der Gesammtzahl der Dörfer.

— Pestnachrichten. In Capstadt nimmt die Pestepidemie, trotz den von der englischen Regierung ergriffenen Massnahmen, in bedenklicher Weise zu. Am 11. März (26. Februar) wurden 15 Neuerkrankungen gemeldet, darunter auch Fälle an Personen aus den wohlhabenden Bevölkerungsschichten. 97 Personen sind unter Beobachtung. Am selben Tage ist auch der erste Soldat, ein Lazarethgehilfe, an der Pest erkrankt, obschon er mit keinem Pestkranken in Berührung gekommen ist. Es liegt die Gefahr nahe, dass die Seuche durch die Colonie in die beiden Republiken dringt, wo sie in Folge der antisanitären Zustände unter den britischen Truppenmassen einen günstigen Boden für eine rapide Ausbreitung findet.

Bf.

— Eine bisher unbeachtete Wirkung des «Salipyrin». Dass das von Dr. Paul Guttmann i. J. 1890 in die Therapie eingeführte Salipyrin ein werthvolles Antipyreticum, Antirheumaticum und Antineuralgicum ist, bei Menstruationsbeschwerden und Gebärmutterblutungen mit Erfolg angewandt wird und von vielen Aerzten geradezu als Specificum bei der Influenza angesehen wird, ist allgemein bekannt; wenig bekannt ist aber jedenfalls eine Eigenschaft dieses Mittels, auf welche in der Allg. med. C.-Ztg. neuerdings aufmerksam gemacht wird, nämlich seine Wirkung als Aphrodisiacum.

Schon vor 8 Jahren hat der verstorbene Bonner Kliniker Prof. v. Mosengeil in einem in der «Deutsch. Medicinal-Ztg.» (1893, Nr. 98) veröffentlichten interessanten Aufsatz, in welchem er über seine Erfahrungen mit dem Salipyrin als Heilmittel berichtet, einer von ihm wiederholt beobachteten aphrodisiatischen Nebenwirkung beim Gebrauch dieses Mittels Erwähnung gethan. Einige seiner Patienten gaben an, dass sie trotz ihres durch schwere Influenzaerkrankung bedingten elenden und geschwächten Zustandes nach dem Einnehmen von Salipyrin die erwähnte Wirkung gespürt hätten. Ein Patient gab bei Nachfrage nach aphrodisiatischer Erregung auf Salipyrin-Gaben eine solche Erregung ebenfalls zu, hielt aber dieselbe nicht für etwas Besonderes, weil er den Zustand als normal empfinde. Beim Aussetzen des Mittels wollte er aber doch ein Nachlassen seines «Normalzustandes» bemerkt haben.

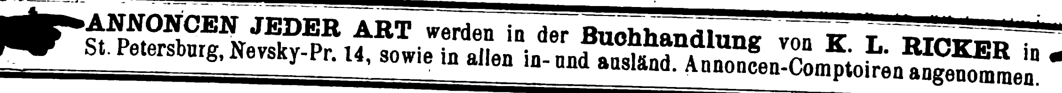
Bernhoff.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 6. März 1901.

Tagesordnung: Albanus: Ein eigenartiger Fall von Typhus abdominals.

Nach Schluss der Sitzung, um 10 Uhr, gesellige Vereinigung im Deutschen Club, zur Feier des 25-jährigen Jubiläums der St. Petersb. med. Wochenschrift.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 12. März 1901



Adressen von Krankenpflegerinnen:

Schwester Const. Schmidt, Петерб. ст. Матвѣевская ул. д. 9, кв. 20.

Schwester Elise Tenisson, Невскій просп. д. 136, кв. 13.

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Marie Kubern,** Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Берта Федоровна Панова, Спасская ул. д. 24, кв. 7.

Frau **Amalie Schulz,** фонтанка № 137 кв. 119.

Frau **Hasenfuss** Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Frau **Catharine Michelson,** Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Дозв. ценз. Спб., 3 Марта 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 10 St. Petersburg, 10. (23.) März 1901

Fünf Fälle von Placenta praevia.

Von
Dr. Ernst Hörschelmann,
Rappin.

Die Placenta praevia gehört bekanntlich zu den unseligsten Complicationen der Geburt. Vollends in der Landpraxis unter ungünstigen äusseren Bedingungen gehört ihre Behandlung mit zu den schwierigsten und verantwortungsvollsten Aufgaben, die überhaupt an den Arzt herantreten. Freilich ist die Complication selten: in den gangbaren Lehrbüchern der Geburtshilfe wird die Statistik von Schwarz angeführt, welcher in Kurhessen auf 519,328 Geburten 332 Mal Placenta praevia fand, id est ein Mal auf 1564 Geburten. Immerhin wird ein beschäftigter Praktiker, der ein grösseres Areal ärztlich zu bedienen hat, ihr wiederholt begegnen. Ich habe bisher in über sechsjähriger Landpraxis fünf Fälle von Placenta praevia behandelt, davon waren drei Fälle Placenta praeviae laterales (partiales), zwei Fälle centrales. Von ersteren verlief ein Fall unter sorgfältiger Beobachtung spontan für Mutter und Kind günstig. Nach mässigem Blutabgang kam es nämlich zu einem frühzeitigen Einreissen des Chorion allein. Die Placenta war nun nicht mehr gezwungen, ihren ursprünglichen Sitz vor dem vorliegenden Kindskopf beizubehalten, sondern konnte sich bei unverletztem Amnion, also bei stehender Fruchtblase, nach ausgedehnter Ablösung des Chorion vom Amnion mit ersterem dem Uteruskörper folgend nach oben zurückziehen (cf. Schröder's Lehrbuch der Geburtshilfe, Auflage 11, pag. 745). Die fortschreitende Dehnung des sogenannten unteren Uterinsegmentes im Verlauf der Geburt führte daher nicht mehr zur weiteren Lösung der Placenta und der tiefer tretende Kopf tamponirte die bereits eröffneten Gefässe. Dieses ist natürlich der denkbar günstigste Fall für Mutter und Kind. Die Blutung steht zeitig, ohne dass irgend ein Eingriff erforderlich ist, die Fruchtblase genügt weiter ihrer physiologischen Function, die Kindslage bleibt die normale.

In einem anderen Fall von Placenta praevia lateralis genügte als Therapie der künstliche Blasensprung. In den drei übrigen Fällen musste ich activer vorgehen und machte ich von der Wendung Gebrauch. Ich muss gestehen, dass diese Therapie nicht ideal ist. Wendet man unter aseptischen Cautelen und extrahirt nicht, so ist die Prognose für die Mutter günstig, für das Kind schlecht. Extrahirt man aber, wie ich in einem Fall von Placenta praevia lateralis, so sind die Resultate für die Kinder besser, dagegen wächst die Gefahr für die Mutter bedeutend, selbst bei Vermeidung eines Cervixrisses, denn der Uterus neigt bei Placenta praevia schon an und für sich zur Atonie, erst recht aber, wenn er seines Inhaltes plötzlich entleert wird. Ich glaube daher, dass für die Hospitalpraxis die besonders von Dührssen empfohlene Metreuryse die besten Resultate ergeben wird. Dührssen führt den sterilisirten Metreurynter frühzeitig in den Uterus ein, füllt ihn mit antiseptischer Flüssigkeit, befestigt an ihm einen permanenten Zug und wartet nun seine Ausstossung durch die Wehenthätigkeit ab; dann erst wendet er und extrahirt. Die Methode dürfte für die Mütter nicht unsicherer sein, als die frühzeitige Wendung ohne nachfolgende Extraction, für die Kinder ist sie entschieden sicherer. Dennoch bin ich der Ansicht, dass die Metreuryse für den Landarzt nicht zu empfehlen ist ihrer grösseren Umständlichkeit wegen. Einfachheit des Instrumentariums ist in der Landpraxis ein nicht zu unterschätzender Vortheil. Der Metreurynter bedeutet ein Instrument mehr in unseren Bestecken und noch dazu eines, welches im entscheidenden Moment leicht versagen, d. h. platzen kann. Auch dürfte die Einführung des Instrumentes ohne Hilfe von Vaginalspiegeln und ohne Anhaken der Portio, also überhaupt bei mangelnder Assistenz, schwieriger als die Wendung sein. Der Landarzt thut daher meiner Ansicht nach am besten bei Placenta praevia centralis so früh wie möglich zu wenden und unter Verzicht auf ein lebendes Kind von der Extraction Abstand zu nehmen. Bei der Lateralis ist streng individualisirend zu verfahren, doch sei man auch hier gegebenen

Falls mit einer frühzeitigen Extraction im Interesse der Mutter sehr zurückhaltend. Bei der Wendung wähle ich bei Kopflagen den vorderen, bei Querlagen, gleichgültig ob der Rücken vorne oder hinten liegt, den unteren Fuss.

Die Geburtsgeschichten meiner fünf Fälle sind folgende:

1) T. L. 44 a. n. 10 para, hat keinen Abort gehabt, bisherige Geburten sehr leicht. Im letzten Schwangerschaftsmonat zeigte sich am 3. Februar Blut. Einige Tage darauf nachts starker Blutverlust, desgleichen am 15. Februar.

Status den 17. Februar 1895: Kreissende ist von kräftigem Wuchs, Gesichtsfarbe anämisch, Puls langsam, ziemlich kräftig. Im Fundus uteri ist der kindliche Steiss zu fühlen, Rücken rechts, kleine Theile links. Herztöne von normaler Frequenz. Mässiger Hängebauch.

An den äusseren Genitalien und in der Scheide Blut, Muttermund für zwei Finger durchgängig, Kopf überm Beckeneingang, grosse Fontanelle links und etwas vorne, Blase steht. Da der Blutabgang nur gering, wird zunächst abgewartet. Wehen anfangs spärlich und schwach, allmählich stärker werdend. Kreissende wird auf die rechte Seite gelagert. Sobald der Kopf tiefergetreten und der Muttermund zur Hälfte erweitert ist, wird die Blase gesprengt. Dabei ist nun links die Placenta neben den Eihäuten zu fühlen. Nach dem Blasensprung steht die Blutung vollkommen, es setzen bald gute Wehen ein und erfolgt die Geburt des Kindes spontan mit vorausgehender kleiner Fontanelle. Nabelschnurumschlingung um Hals und Brust. Kräftiger, etwas asphyctischer Knabe, der auf Hautreize hin bald mit lauter Stimme schreit. Nach einer halben Stunde wird die Placenta durch den Credéschen Handgriff entwickelt; sie ist gross, mit den Eihäuten vollständig, zeigt drei weisse Infarcte. Patientin erhält ein Gramm Secale. Wochenbett normal.

2) M. H. 40 a. n. 2 para. Vor 5 Jahren Partus I normal. Im zehnten Lunarmonat mässige Blutung, die sich nach einigen Tagen wiederholt. Status den 13. Januar 1901 $^1/_2$1 h. mittags: Gravida mensis X, Schädellage I, ganz geringe Wehen. Muttermund für einen Finger durchgängig, rechts die Placenta zu fühlen, geringe Blutung. Kreissende wird in mein nahgelegenes Krankenhaus übergeführt. Da die Blutung gering bleibt, wird völlig abwartend verfahren. Den 14. Januar $^1/_2$10 h. abends reisst das Chorion ein, auch entleert sich etwas falsches Wasser. Die Fruchtblase steht, Muttermund für zwei Finger durchgängig. Von nun an blutet es nicht mehr, der Kopf tritt tiefer. Den 15. Januar $^1/_2$4 h. morgens Blasensprung bei tiefem Kopfstand und nach vorn gerichteter kleiner Fontanelle. Um 5 h. morgens wird der Kopf mit etwas Nachhilfe durch Druck auf den Fundus uteri geboren. Da der Rumpf nicht folgt, Extraction an der hinteren (linken) Schulter. Mädchen von ca. 8 Pfund. Die Nachgeburt folgt erst nach einer Stunde einem starken, mit beiden Händen ausgeübten Credé'schen Handgriff. Die Placenta ist gross, der vorliegende Lappen deutlich kenntlich, die Eihäute in seiner Nachbarschaft stark verdickt. Das Wochenbett ist bis auf eine einmalige Temperatursteigerung am Abend des nächsten Tages (38,6) völlig normal.

3) W. S. 46 a. n. 10 para. Im zehnten Lunarmonat beginnt am 5. Juni plötzlich eine heftige Blutung. Status den 6. Juni 1899 $^1/_2$3 h. morgens: Kreissende ist anämisch, Hemd und Bett stark mit Blut besudelt. Die Blutung steht, geringe Wehen. Kind in Schädellage I, Herztöne 140, deutlich, Nabelschnurgeräusch. Der Kopf ballotirt über dem Becken. Muttermund für zwei Finger durchgängig, am linken Muttermundsrande ist die Placenta zu fühlen, daneben nach rechts hin die Fruchtblase. Um $^1/_2$5 h. morgens blutet es wieder, der Muttermund ist für vier Finger durchgängig. Querbett; die Chloroformnarcose übernimmt ein anwesender junger College. Der Muttermund ist in Narcose für die ganze Hand ziemlich leicht zu passieren, die Wendung wird mühelos auf den vorderen (rechten) Fuss ausgeführt. Da das Kind asphyctisch wird, entschliesse ich mich bald zur Extraction aus folgender Ueberlegung: es handelte sich um ein ausgetragenes Kind, das günstige Chancen hatte, gerettet zu werden; die Placenta lag nur partiell vor, in welchem Fall die sofortige Extraction unter Umständen gestattet ist; auch konnte ich bei der Vielgebärenden auf eine leichte Extraction selbst bei nicht völlig erweitertem Muttermund rechnen. Die Extraction wird vorsichtig ausgeführt, die Armlösung gelingt leicht; eine um den Hals gehende Nabelschnurschlinge wird gelockert, der Kopf nach Wiegand-Winkel entwickelt. Der tief asphyctische Knabe wird durch Schulze'sche Schwingungen wiederbelebt, worauf er kräftig schreit. Bei der Mutter wird schon nach $^1/_4$ Stunde wegen Blutung der Credé'sche Handgriff angewandt. Dabei wird die Placenta geboren, die Eihäute reissen aber zum Theil ab; sie werden unter Massage des Uterus vorsichtig extrahirt. Um die atonische Blutung zu stillen, wird nun eine heisse Lysolausspülung gemacht und ein Sandsack auf den Leib gelegt, worauf die Blutung steht und der Uterus sich contrahirt. Um $^1/_2$8 h. morgens muss ich die Frau verlassen, nachdem sie noch eine Campherinjection bekommen. Es wird aber den Angehörigen angesagt, bei Wiedereintritt einer Blutung sofort den nahe wohnenden jungen Collegen zu benachrichtigen. Die Angehörigen befolgen diesen Rath leider nicht, entfernen den Sandsack und rufen den Collegen erst um $^1/_2$10 h. morgens, als die Frau bereits in Extremis ist. Bei rechtzeitiger Meldung hätte die Frau vielleicht noch durch Herabziehen des blutenden Uterus mit Hakenzange und eventuell nachfolgender Tamponade gerettet werden können. Das kräftige Kind starb nach einigen Wochen an Magen-Darmkatarrh in Folge unzureichender Sorgfalt bei der Pflege.

4) M. K. 33 a. n. 3 para. Im achten Lunarmonat zeigte sich am fünften Februar Blut, am 6. Februar starke Blutung. Status den 7. Februar 1894 $^1/_2$10 h. morgens: Kreissende ist von kräftigem Wuchs, bleicher Farbe. Radialpuls regelmässig, schwach. Muttermund für vier Finger durchgängig, von der Placenta bedeckt. Das Kind liegt in Querlage I, Rücken hinten. In diesem Fall war ich ohne Assistenz; im Zimmer befanden sich ausser der Kreissenden und mir nur noch der Ehemann und ein altes Weib. Querbett, das alte Weib muss die Beine halten, der Ehemann bekommt, nachdem ich die Narcose eingeleitet habe, die Maske in die Hand.

Nach üblicher Desinfection beginne ich die Wendung, werde aber bald durch die munter gewordene Frau an der Operation gehindert. Sie stemmt die Füsse gegen meine Brust. Nun rufe ich dem Ehemann zu, Chloroform aufzugiessen, er weigert sich, die Frau habe schon genug bekommen. Ich unterbreche die Operation, leite aufs neue selbst die Narcose ein, desinficire nochmals und mache nun die Wendung. Nach Ueberwindung des Muttermundes durchbohre ich die Placenta, erfasse den unteren (linken) Fuss und führe ihn durch die Placenta und den Muttermund hindurch. Nach Vollendung der Wendung wird Kreissende aufs Schrägbett gelagert und die Geburt den Naturkräften überlassen. Einige Mal wird wegen geringer Blutung der Fuss angezogen. Nach zwei Stunden erfolgt die Geburt des abgestorbenen Kindes.

Vordere (rechte) Schulter und Arm werden zuerst geboren, darauf die hintere (linke). Mädchen †, dem 8. Lunarmonat entsprechend. Die Placenta wird sofort durch leichten Druck auf den Fundus uteri entfernt.

Sie ist mit den Eihäuten vollständig, am Rande durchbohrt. Die Frau bekommt ein Gramm Secale und eine Uterusausspülung mit 2% Carbolsäure, darauf mit 3 pCt. Borsäure. Wochenbett normal.

5) L. T. 31. a. n. 2 para. Vor $1^1/_2$ Jahren partus I, normal. Seit sechs Wochen bestehen Blutungen, die seit einer Woche stärker wurden. Die Frau tritt am 20. December 1898 in mein Krankenhaus ein; sie ist von gutem Körperbau, anämisch. Gravida mensis VIII. Das Kind liegt in I Querlage, Rücken vorne. Herztöne 140, etwas leise,

Muttermund für einen Finger durchgängig, von der Placenta bedeckt. Die Blutung steht, schwache Wehen. Nachmittags blutet es wieder. Um $^1/_2$7 Uhr abends, während von einem Collegen die Narcose eingeleitet und Kreissende aufs Querbett gelagert wird, tritt plötzlich eine profuse Blutung ein. Ich beeile mich daher mit der Wendung, überwinde bald den dehnbaren Muttermund, löse mit einiger Schwierigkeit die Placenta zum Theil, um an die Fruchtblase heranzukommen, sprenge diese und wende alsdann auf den rechten (unteren) Fuss. Die Frau wird auf dem Querbett belassen; sie erhält gleich nach der Wendung einige Campherinjectionen und ein Kochsalzklystier. Nach der Geburt des Steisses erscheint an der Bauchseite des Kindes Placentargewebe vor der Vulva: $2^1/_2$ Stunden nach der Wendung mache ich die Armlösung und entwickele den Kopf nach Veit-Smollie. Mädchen †. Unmittelbar darauf wird die Placenta spontan geboren. Sie und die Eihäute sind vollständig. Der Uterus contrahirt sich nach einem Gramm Secale gut, die Anämie der Frau hat aber einen bedrohlichen Grad erreicht: sie gähnt, wirft sich unruhig hin und her, droht zu collabiren, der Puls ist sehr klein: Kochsalzinfusion von $^3/_4$ Liter unter die linke Mamma, Wärmflaschen ins Bett. In der Nacht musste ich noch zwei Mal den Uterus wegen atonischer Nachblutung massieren, auch verabfolgte ich noch ein Gramm Secale.

Wochenbettsverlauf:

21. December	morgens	Puls 110	T, 36,8.	Befinden leidlich.
	nachmittags	» 104	» 37,7	
	abends	» 104	» 37,3	
22. December		Puls 104	T. 38,4	Spontaner Stuhlgang.
		104	» 38,5	
		102	» 38,1	
23. December		Puls 101	» 37,4	
		104	» 38,1	

Brüste strotzend gefüllt, werden mit einem Priessnitz bedeckt und aufgebunden.
24. December Puls 90 T. 37,3
» 38,0
25. Dec. Puls 110 T. 38,0 Lochien stinkend, Vaginalspülung.
» 37,9
26. December Puls 93 T. 37,4—37,8
27. » » 92 » 37,2—37,4
Seit dem 28. December keine Temperatursteigerung mehr, Geheilt entlassen am 31. December. Im August 1900 macht die Frau einen normalen partus durch.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, herausgegeben von Loewenfeld und Kurella. (Wiesbaden 1900, Bergmann).

№ IV. Die normalen Schwankungen der Seelenthätigkeit von J. Finzi.

Der Verfasser hat in übersichtlicher Weise dem Gedanken Ausdruck verliehen, dass alles psychische Geschehen in Schwankungen vor sich geht. Die Factoren der Ermüdung, der Gewöhnung, der Ablenkung, lassen die Curse der geistigen Arbeitsleistung nicht gleichmässig verlaufen, bald steigt sie rasch, bald langsamer, bald fällt sie steil oder allmählich. Aehnlich verhält es sich mit den gröberen Ausschlägen, die durch klimatische Einflüsse, das Milieu, das Lebensalter, schliesslich durch Schlaf und Wachen hervorgebracht werden. Die Schwankungen des Gemütsleben's unter dem Einflusse froher und trauriger Ereignisse, der Erwartung der Abspannung, wir begegnen ihnen ja täglich und stündlich. Zum Studium der kranken Persönlichkeit bietet der Wechsel im Leben des gesunden Einzelindividuum werthvolle Handhaben.

Voss.

Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, herausgegeben von Loewenfeld und Kurella. (Wiesbaden 1900, Bergmann).

Nr. V. Abnorme Charactere von J. Koch.

Im gewöhnlichen Sprachgebrauch giebt es viele Deutungen des Begriff's «Character»; man spricht von guten und bösen Characteren, von characterlosen Menschen etc. Meist versteht man darunter wohl sittliche Gestaltung des Seelenlebens, die das Wollen und Handeln des Individuum bestimmt.

Die psychische Anlage des Kindes bringt auch den Keim des Character's mit, dieser selbst entwickelt sich aber unter den Einflüssen der Aussenwelt.

Abnorme Charactere sind pathologisch bedingte Charactere, sie gehören dem weiten Zwischengebiet geistiger Gesundheit und Krankheit an, den «Psychopathischen Minderwertigkeiten» des Verfasser's. Diese Zustände sind aber bedingt durch krankhafte Vorgänge und Zustände im Nervensystem.

Verfasser streift auch die Lehre Lombroso's vom geborenen Verbrecher und weist auf ihre phantastischen Grundlagen hin. Abnorme Charactere können glänzend veranlagt, aber auch weit schwächer begabt sein als der Durchschnitt. Vernünftige Erziehung, Fernhaltung von Schädlichkeiten können viel Segen bringen, sie können pathologische Anlagen beschränken und vorhandene Keime des Gesunden zur schönsten Entfaltung bringen.

Voss.

Oehmen. Joh. Gottfr. Rademacher, seine Erfahrungsheillehre und ihre Geschichte. Hanstein.

Seit dem Tode Rademacher's sind gerade 50 Jahre verflossen — eine Zeitspanne, die genügt, um die Beurtheilung der Bedeutung eines Mannes sine ira ac studio zu ermöglichen. Dank der absolut mangelhaften Ausbildung in der Geschichte der Medicin, die auf den Universitäten den Medicinern zu Theil wird, dürften von den jüngeren Generationen der Aerzte die meisten wohl kaum etwas mehr als den Namen dieses merkwürdigen Mannes kennen, dessen Lehre bis in die neueste Zeit noch Anhänger gehabt hat. Es lohnt sich daher aus der vorliegenden, sehr lesenswerthen Abhandlung einiges über R's System anzuführen. Man hat dasselbe oft als eine reine Wiederholung der Lehren des Paracelsus bezeichnet — beider Lehren haben aber nur das gemein, dass sie Front gegen die «Schulmedicin» ihrer Zeit machten, und die Medicin als ausschliessliche Kunst betrachtet wissen wollten. Im Uebrigen ist Paracelsus ein Mystiker, der ganz in seiner Zeit und ihrer Vorliebe für philosophische Speculation befangen war, während R. stets und in erster Linie Werth auf die Erfahrung legte und diese immer gegenüber den theoretisch begründeten Lehren der «Vomir- und Laxierärzte» betonte. Man bedenke, dass bei R's Lebzeiten von den wissenschaftlichen Untersuchungsmethoden, ohne die wir uns jetzt gar keine Diagnosestellung denken können, garnicht existirte, und dann erst wird man es verstehen können, dass er ein System aufstellen konnte von dem hier Einiges angeführt werden soll: Als Grundlage der Heillehre ist nur die reine Heilwirkung der Arzneien aufzufassen, ohne Rücksicht auf das Aussehen der Krankheitszufälle, deren Natur man ja doch nicht ergründen kann. Die Heilwirkung der Arzneien hat nach bestimmten, unwandelbaren, aber uns unbekannten Naturgesetzen statt. An und für sich ist das Wesen der Krankheit etwas sinnlich Unerkennbares — erkennbar ist nur das Verhältniss derselben zu dem Theil in der äusseren Natur, den wir Heilmittel nennen. Daher giebt es für unser Erkennen so viel Krankheiten als Heilmittel vorhanden sind; da man aber deren Zahl noch nicht kennt, ist man auch nicht berechtigt eine Krankheit für unerkennbar zu halten — es kommt nur darauf an das richtige Mittel zu finden. In jedem Organ des Körpers giebt es so viele Krankheiten, als es darauf wirkende Heilmittel giebt, und nur nach diesen, nicht nach irgend welchen Symptomen, wird die betr. Krankheit auch benannt. So z. B. unterscheidet R. für die Leber eine Chelidonium-, eine Terpentin-, eine Quassiakrankheit und s. w.

Ausser den auf die Organe wirkenden Mitteln giebt es aber noch andere, auf den allgemeinen Organismus wirkende, sog. Universalmittel. Solche sind z. B. Kupfer, Eisen und Salpeter und wo diese wirksam sind, handelt es sich um eine Universalerkrankung (gegenüber den Organerkrankungen) — und bei beiden unterscheidet er zwischen Urerkrankungen und consensuellen, die freilich auch wieder gemischt vorkommen können. Da man also die Krankheit nur ex juvantibus erkennen kann, ist es nöthig stets zu experimentiren; trotzdem meint R. kann man sich durch jahrelange Praxis einen gewissen Scharfblick und die Fähigkeit aneignen, gleich das richtige Mittel zu treffen.

Ein wichtiger Theil des Rademacherschen Systems ist die Lehre von der epidemischen Constitution, die darin wurzelt, dass durch die Erfahrung erwiesen sei, dass eine herrschende Krankheit sich gewöhnlich längere Zeit gleich bliebe, einen morbus stationarius darstelle. Diese sind meist Urerkrankungen und durch eines der genannten Mittel heilbar.

Die Lehre R's hatte namentlich in den 40-ger Jahren recht viele Anhänger unter den Aerzten, namentlich in Deutschland und Russland; in dem Maasse aber als durch Virchow eine neue wissenschaftliche Denkart in die Medicin eingeführt und herrschend wurde, verringerte sich ihre Zahl. Einzelne Aerzte, die überzeugte Rademacherianer waren, hat es aber noch bis in das letzte Jahrzehnt gegeben.

Fälschlich ist R.'s Lehre mit der Homöopathie verwechselt und zusammengeworfen worden. Sie unterscheidet sich aber von derselben schon dadurch dass nach ihr die Arzneien in selbst für unsere Verhältnisse sehr kräftigen Dosen gegeben werden. —

Die vorliegende Schrift von Oehmen sei Allen denen warm empfohlen, welche sich näher mit dem Lebenslauf, der Lehre. und den Erfolgen von Rademacher beschäftigen wollen

Wichert.

Dr. Robert Krieg: Atlas der Nasenkrankheiten, enthaltend 356 Figuren in 475 Einzelbildern auf 38 Tafeln. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke, 1900.

Uns liegen die ersten 2 Lieferungen des prachtvollen Krieg'schen Werkes vor, welches bisjetzt den einzigen Atlas der Nasenkrankheiten darstellt. In diesen 2 Lieferungen sind auf 11 Tafeln die meisten Erkrankungen der äusseren Nase, soweit sie Gegenstand des Interesses und der Thätigkeit des Rhinologen sind, die normalen rhinoscopischen Bilder, die Septumanomalien und -Erkrankungen in zahlreichen Abbildungen dargestellt. Letztere sind naturgetreu, entsprechender Colorirung vom Verf. selbst gezeichnet und bieten dem Lernenden die Möglichkeit sich mit der Rhinologie bekannt zu machen. Jeder Tafel ist ein erläuternder Text in deutscher und englischer Sprache beigegeben. Auch dem Lehrer werden diese Abbildungen beim Unterricht und bei rhinologischen Demonstrationen von grossem Nutzen sein. Soweit sich den ersten 2 Lieferungen nach beurtheilen lässt, kann das Werk nur bestens empfohlen werden.

A. Sacher.

C. Liebermeister: Grundriss der inneren Medicin. Für Aerzte und Studirende. Tübingen, Verlag von Franz Pietzker, 1900.

Die schwierige Aufgabe, das gesammte Gebiet der inneren Krankheiten, einschiesslich derjenigen des Nervensystems, auf nur 432 Seiten zur Darstellung zu bringen, ist dem Tübinger Professor meisterhaft gelungen. Diese gedrängte Uebersicht ist in erster Linie für den Studenten als Vorbereitung für die Klinik berechnet, da sie jedoch alles für die Praxis Wichtige und Bewährte enthält, kann sie auch dem praktischen Arzte von Nutzen sein.

M.

A. Pollatschek. Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1899. Ein Jahrbuch für practische Aerzte. Wiesbaden, I. F. Bergmann, 1900.

In dem gewohnten Umfange und in der bekannten handlichen Form ist ein alter Bekannter, das Nachschlagebuch von Pollatschek, vor einigen Monaten wieder erschienen und somit in das zweite Decennium seines Bestehens getreten.

Das Programm ist dasselbe geblieben, nur sind in dem vorliegenden Bande den gegenwärtig im Vordergrund der Therapie stehenden diätetischen, manuellen und physikalischen Behandlungsmethoden mehr Rechnung getragen. Das Handbuch enthält auch dieses Mal viele practisch wertvolle Regeln, Angaben und Beobachtungen, die leicht aufzusuchen sind und in der Praxis zu Statten kommen können.

Kallmeyer.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

681. Sitzung am 31. October 1900.

Vorsitzender: Moritz. Secretär: Albanus.

1. Discussion über den Vortrag von Prof. Dehio: «Zur mechanischen Behandlung der Oedeme».

Moritz: Im Jahre 1893 habe ich im deutschen ärztlichen Verein einen Kranken vorgestellt, an dem mit Erfolg eine mechanische Behandlung des Hydrops vorgenommen worden war. Es handelte sich um einen Fall von chron. parenchymatöser Nephritis, die sich aus einer acuten entwickelt hatte. Pat. trat am 16. Juli 1892 zum zweiten Male ins Hospital, nachdem er bereits im Februar und März ca. 6 Wochen in Behandlung gewesen war. Die Harnmenge ist in der Zwischenzeit geringer gewesen, 400 Gramm pro die, während die Flüssigkeitsaufnahme ca. 2000 Gramm betrug. Vom 20. April an bestanden Oedeme. Am 16. Juli, bei seiner Aufnahme, fand sich starker Hydrops am ganzen Körper, Ascites (Umfang des Abdomens 116 Ctm.). Am Unterleib, in den Leistenbeugen und an den Oberschenkeln Striae. Tägliche Harnmenge 800 Ccm., 6‰ Eiweiss. Es bestanden Sehstörungen und Kopfschmerz. Starke Beengung der Respiration bis zu völliger Orthopnoe. Die Therapie (Milchdiät, Digitalis, Diuretin) war völlig wirkungslos, der Hydrops nahm nicht ab und deshalb wurden am 23. Juli behufs mechanischer Entfernung des Hydrops an dem Unterschenkel des Kranken zahlreiche tiefe, das Corium durchdringende Scarificationen angelegt. Die Stiche wurden mit einer Aderlasslancette ausgeführt, mit der man bequem die Stiche in einer bestimmten Tiefe anlegen kann. In den ersten 24 Stunden flossen 15 Liter Flüssigkeit ab und nach 3 Tagen findet sich das Körpergewicht um 60 Pfund vermindert. Die Harnmenge stieg und betrug nach einer Woche 1300 Ccm. Eiweiss 4‰. Im Laufe von 8 Monaten sind 5 derartige Scarificationen nöthig gewesen, 2 Mal wurde der Ascites punctirt, im Ganzen 305 Pfund Flüssigkeit abgezapft. Die Haut an den Beinen war durch die Schnittnarben viel fester, resistenter geworden, es sammelte sich in ihnen weniger Hautwasser an. Das Allgemeinbefinden hatte sich bedeutend gebessert. Die Harnmenge betrug 1500 Ccm., Eiweiss 2‰. Pat. konnte aus dem Hospital entlassen werden. Er lebte noch etwa 2 Jahre und starb an Urämie. Dieser Fall zeigt, wie grosse Flüssigkeitsmengen entzogen werden können. Die Scarificationen können wiederholt werden und bleiben immer noch wirksam. Bei der letzten Scarification verlor Pat. noch 28 Pfd. an Körpergewicht. Die Gefahr der Infection ist nicht so gross. In den Fällen, wo eine Indicatio vitalis für das Fortschaffen des Hydrops besteht, und wo es vor Allem darauf ankommt, rasch und gründlich zu entwässern, steht diese Methode obenan. Und die Möglichkeit einer Infection erscheint minder schlimm gegenüber der Gewissheit der Lebensgefahren durch steigenden Hydrops.

Albanus: Im Obuchow-Hospital in der Abtheilung von Dr. Pendin habe ich mehrfach Gelegenheit gehabt, mich von dem grossen Werth der mechanischen Behandlung der Oedeme zu überzeugen, die häufig direct lebensrettend ist. Freilich giebt es Fälle, wo die Oedemflüssigkeit nicht abfliesst. Mitunter kann man sogar voraussagen, dass der Abfluss ein geringer sein wird, wenn nämlich die Haut sehr derb und sclerosirt ist. Es ist dann wohl auch das Unterhautzellgewebe derber und fester und die Flüssigkeit communicirt nicht ausreichend, um gehörig abzufliessen. Wir benutzen Canülen, deren Wirkung auch eine schnelle ist, ich erinnere mich zweier Fälle, wo im Laufe der ersten 24 Stunden 12 resp. 14 Liter Flüssigkeit abfloss. Eine Infection haben wir kein Mal gesehen.

2) Discussion über den Vortrag von Nissen: «Ueber Hirntumoren».

Germann: Bei 80—90 pCt. aller Hirntumoren findet sich Stauungspapille. Ich habe die vorhandene Literatur, soweit sie mir zugänglich war, durchgesehen, ob sich Angaben finden, inwieweit dieses Symptom für die topische Diagnose in Betracht kommt und habe nirgends eine diesbezügliche Bemerkung gefunden. Eine Scheidung der Tumoren der Vierhügel und des Kleinhirns auf Grundlage des Augenbefundes, wie Nissen es hervorhebt, ist früher nicht gemacht worden.

Nissen: Dass in der bisher vorliegenden Literatur keine Bestätigung für meine Auffassung zu finden ist, habe ich selbst bereits gesagt. Meine Fälle betreffen Kinder und ich betone dieses ausdrücklich. In meinen 5 Fällen von Vierhügeltumoren bestand keine Neuritis, keine Augenhintergrundveränderungen, mit Ausnahme eines, in Folge starken Basalexsudates, während in 5 Fällen von Kleinhirntumor 3 Mal Neuritis und 2 Mal Atrophie zu finden war.

Germann: Ich wollte auch nur hervorheben, dass die Arbeit Nissen's Neues bringt.

Schröder: Dem Vierhügelgebiet wurden bisher Symptome zugeschrieben, die zum Theil Augensymptome, nämlich Augenbewegungsstörungen waren. Im Ganzen aber ist man über dieses Gebiet noch im Unklaren, und Nothnagel giebt kein sicheres Symptom für eine Erkrankung des Vierhügelgebietes an. Fälle von Vierhügeltumoren sind selten, besonders wo sie eng begrenzt sind, und daher verdient der so sorgfältig beobachtete Fall von Nissen eingehende Besprechung. Alle Symptome, die bisher dem Vierhügelgebiete zugesprochen wurden, scheinen durch diesen Fall beseitigt zu werden. Bisher nahm man an, dass eine gleichzeitige Lähmung gleichwerthiger Oculomotoriusäste und atactische Störungen auf eine Erkrankung in dem erwähnten Gebiet hinweisen. Gestützt wurde diese Auffassung durch den Goldzieher'schen Fall. Es handelte sich hier um einen Hirntumor, der in 6 Wochen zum Tode führte, und bei dem schwankender Gang und Oculomotoriusstörungen bestanden hatten. Bei der Section fand sich ein Tumor im Vierhügelgebiet, der sich ein wenig auch auf den Pons erstreckte. Die Hauptmasse des Tumors sass aber in den Vierhügeln und deshalb konnte man annehmen, dass diese die obengenannten Symptome hervorgerufen hatten. Ist der Tumor in Ihrem Falle in Serienschnitten untersucht worden?

Nissen: Ich muss daran erinnern, dass ich das Vierhügelgebiet nicht als Ganzes besprochen wissen will. Deshalb habe ich in meiner Arbeit vorgeschlagen, dasselbe entsprechend der anatomischen Eintheilung in 3 Abschnitte zu zerlegen, die sich auch functionell von einander trennen lassen, — nämlich den Hirnschenkelfuss, die Haube des Hirnschenkels, Tegmentum und die Vierhügelhöcker. Für jedes dieser 3 Gebiete beschreibe ich entsprechende eng localisirte Tubercel. Während ich für die beiden erstgenannten Gebiete die in der Literatur verlangten Symptome durchaus nicht leugne (Oculomotoriuslähmung, mit ihr gekreuzte Hemiplegie und atactischer Gang) bestreite ich diese Symptome und namentlich auch die in der Literatur verlangten Sehstörungen für den obersten Abschnitt, das Mittelhirndach.

Schröder: Ihr 5. Fall hat somit einen negativen Werth, nämlich dass in den Grenzen, in denen der von Ihnen beobachtete Tumor lag (die Vierhügelhöcker allein), die in der Literatur verlangten Symptome nicht ausgelöst werden. — Dass Sehstörungen nichts mit Vierhügeltumoren zu thun hätten, wäre ja die allgemein giltige Anschauung, wenn man von Bechterew's Ansicht, dass das Sehcentrum in den Corpora quadrigemina liege, absieht.

Ucke: Serienschnitte sind nicht gemacht worden. Doch wölbten sich schon makroskopisch die Corpora quadrigemina, die in Tuberkel übergegangen waren, deutlich gegen das umliegende normale Gewebe ab. Es wurden Sagitalschnitte angelegt. Es waren isolirte Tuberkel, die bis zum Aquaeductus Sylvii reichten.

Nissen: Ich möchte im Gegensatz zu Dr. Schröder hervorheben, dass man wohl geneigt ist, den Vierhügeltumoren auch Sehstörungen zuzuschreiben und führe bloss Oppenheim als Vertreter dieser Anschauung an.

Schröder: Es ist interessant, dass gerade die Corpora quadrigemina selbst nicht die früher für charakteristisch gehaltenen Symptome machen. Das experimentell nachzuweisen, ist natürlich höchst schwierig. Eine Reizung vermittelst elektrischer Ströme ist unsicher, da es sich bei den ausgelösten Symptomen auch um eine Wirkung handeln kann, die sich auf weiter belegene Abschnitte ausgedehnt hat. So fand man bei Reizung der Vierhügel — Schrei. Derselbe kann aber bei allen möglichen Hirnkrankheiten vorkommen und ist als Cri hydrocephalique genugsam bekannt. Nur eine möglichst genaue Beschreibung eng localisirter Tumoren und der bei Lebzeiten vorhanden gewesenen Symptome kann uns in der topischen Diagnostik fördern.

Voss: Die Stauungspapille ist nicht überall gleich. Bei Tumoren im Vierhügelgebiet und im Pons ist sie verhältnissmässig selten, bei Kleinhirnaffectionen häufiger. In einem Falle von Ponstumor meiner Beobachtung, der ins Vierhügelgebiet hineinragte, fehlte die Stauungspapille bis zum Exitus

letalis, der in 6 Wochen eintrat. Nach Oppenheim wird Stauungspapille in 90 pCt. aller Hirntumorfälle beobachtet; auch O. sah sie bei Ponstumoren nie, bei Vierhügeltumoren selten.

Germann: Ich habe in der Literatur keine diesbezüglichen Angaben gefunden. Knapp giebt an, dass bei Hirntumoren in 80 pCt. der Fälle Stauungspapille oder Neuritis bestehe.

Voss: Die Stauungspapille fehlt häufig bei Affectionen der motorischen Region. Was nun die Nissen'schen Fälle betrifft, so handelt es sich in allen um Tuberkel. Das schränkt die Bedeutung derselben ein. Die Tuberkel waren nicht solitär, nur im 5. Falle und in diesem lag eine basilare Meningitis vor.

Kroug: Es giebt eine Scala in der Häufigkeit des Auftretens einer Stauungspapille. Bei Tumoren, die mehr nach vorne gelegen sind, wird durch den Druck auf den Opticus mechanisch das Eindringen von Lymphe in die Nervenscheide verhindert. Der Nissen'sche Fall ist höchst interessant. Unsere diagnostischen Kenntnisse in der Localisirung von Hirntumoren sind noch gering. Mitunter gelingt es nicht einmal die Hemisphäre richtig zu bestimmen, wo die Erkrankung ihren Sitz hat. Ein Tumor, der in der Umgebung der Vierhügel sitzt und durch Wachsen auf die Letzteren einen Druck ausübt, kann dieselben Symptome hervorrufen wie ein Tumor der Vierhügel selbst. Es liegt kein zwingender Grund vor, für ein so kleines Gebiet wie dieses noch Unterabtheilungen zu machen. Wissenschaftliches Interesse beansprucht der Fall wohl, aber kein praktisches.

Blessig: Die Scheidung in die 3 Abtheilungen muss man durchaus betonen. Es ist von grossem Interesse, dass die Vierhügel streng genommen, nicht die Functionen haben, die man ihnen zusprach.

Schröder: Wenn es gelingt einen bestehenden Irrthum aufzuklären, so ist das sehr wichtig. Der Fall ist, darum sehr werthvoll.

Kroug: Wenn der Tumor sich etwas ausbreitet, so verwischen sich die Symptome, und eine genaue Localisation ist meist nicht möglich.

Nissen: Die Bedeutung der Tuberkel als Tumor wurde von Voss angezweifelt. Es sind aber gerade kleine ganz circumscripte Tumoren die ein kleines Gebiet betreffen und deren Werth für die Localisation somit besonders gross ist. Sie haben geradezu die Bedeutung eines physiologischen Experimentes.

Holzinger: Die negative Bedeutung des Nissenschen Falles ist nicht so gross. Eine Sehstörung lag ja vor, vielleicht hing sie aber doch auch von dem Tumor ab, nicht von der Neuritis. Diese Frage bleibt offen. Serienschnitte sind nicht gemacht worden, eine genaue Abgrenzung des Tumors liegt nicht vor. — Nissen erwähnte noch die Schlafsucht, in die dieses Kind verfiel. Dieselbe ist mit der Glandula pinealis in Verbindung gebracht worden, die ja hier in der nächsten Nachbarschaft liegt.

Nissen: Die Sehstörung, die im 5. Fall sub finem eintrat, war in Zusammenhang zu bringen mit der vom Basalexsudat abhängenden Neuritis opt.

Ucke: An dem Präparat war deutlich zu sehen, was zerstört war. Auf eine adsolut genaue Abgrenzung kommt es nicht an.

3) Moritz: «Ein Fall von Ileus in Folge von Aneurysma der Bauchaorta».

Zu den diagnostisch schwierigen Fällen aus dem Grenzgebiet der inneren Medicin und Chirurgie gehören die, wo wir als Symptome Meteorismus, Erbrechen und angehaltenen Stuhl vor uns haben. Nicht selten geschieht es, dass unsere Diagnose keine Bestätigung erfährt. Vor 2 Jahren wurde in der «Berliner Klin. Woch.» über einen Fall von Ileus in Folge von Aneurysma der Art. iliaca, das geplatzt war, referirt. Ein ähnlicher Fall wurde im Deutschen Alexander-Hospital beobachtet. Es handelte sich bei uns um einen Patienten von 57 Jahren, der schon lange an Obstipation litt und in der letzten Zeit dabei von Kräften gekommen war. Etwas besserte sich sein Zustand nach einer Westphalen'schen Obstipationscur. Ferner litt er an Neuralgien in der Gegend des Os sacrum. Gegen diese brauchte er im Sommer eine Kaltwassercur. Auf Carcinom ist er resultatlos untersucht worden. Vom 20.—22. Juli hatte Pat. keinen Stuhl, am Abend des 22. erfolgte ein solcher. In der Nacht um 11 Uhr stellte sich Uebelkeit ein, worauf Erbrechen stark fäculenter Massen erfolgte. Am 23. Juli kam Pat. ins Hospital. Status praesens: Pat. sehr abgemagert und entkräftet. Kleiner frequenter Puls. Leib aufgetrieben, Ascites nicht nachweisbar. Kein Schmerz. Per anum: nichts Abnormes, palpable Skybala. Pat. erhält Opium, Eis, subcutan Moschus und Campher. Ein Lavement befördert 4 harte Kothballen hervor. Pat. verfällt immer mehr, um 7½ Uhr Abends exitus. Klin. Diagnose: Ileus e causa ignota. Section am 24. Juli: Peritoneum spiegelnd, keine Torsion. Ueber dem Promontorium eine beinahe kindskopfgrosse Geschwulst. Blähung der Därme bis zur Flexura lienalis, Colon descendens und Flexur schlaff. Keine Flüssigkeit im Abdomen. Eine Ileumschlinge collabirt, mit dem Tumor verklebt. Nach Entfernung der Därme findet sich ein Tumor von Mannsfaustgrösse, der etwas verschieblich ist. Der Tumor erweist sich als ein Aneurysmasack, welcher an der Stelle der Ileum-Adhärenz Ulcera der Intima zeigte und verdünnte Wand. Perforation nicht deutlich nachweisbar. Anatom. Diagnose: Aneurysma dicht über der Bifuration, verwachsen mit der mittleren Ileumschlinge. Perforation. Relatives Kothhinderniss, Darmparese, Ileus. — Es handelte sich also um eine Parese des Darmes, hervorgerufen durch das perforirte Aneurysma, welche zu Ileus und zum Tode führte.

Wanach: Es hat hier wohl eine locale peritonitische Reizung bestanden, hervorgerufen durch das perforirte Aneurysma, das zu Verklebungen geführt hat und bei dem ohnehin obstipirten Patienten einen Ileus herbeiführen konnte.

Dobbert: Die starken Blutungen in den Bauchraum bei geplatzter Extranteringravidität können wohl Darmparesen machen, aber fäculentes Erbrechen ist nie als Folge derselben beobachtet worden.

Tiling: Der Fall ist nicht leicht zu deuten. Man muss sich vergegenwärtigen, dass Spasmen des Darmes zu Ileus und Kothbrechen führen können, eine Erscheinung, die vorherrschend bei Hysterischen vorkommt. Bei der Laparotomie hat man dann einen dünnen Darm gefunden, der während der Operation sich zur normalen Weite ausdehnte. In wie weit es sich also hier um eine Parese des Darmes gehandelt hat — um einen paralytisch-dynamischen Ileus oder um einen spastisch-dynamischen. wissen wir nicht. Zum Glück sind die letzteren äusserst selten.

Wanach: Zu den Fällen dieser Art gehören wohl auch diejenigen in der Literatur beschriebenen, in denen der Ileus durch Elektrotherapie (faradische Pinselung, constanter Strom) geheilt wurde.

Moritz: Eine reflectorische Parese des Darmes war jedenfalls vorhanden. Es mögen auch spastische Wirkungen mitgespielt haben.

Wanach: Man findet dazwischen bei Sectionen verschieden stark contrahirte Darmpartien.

Moritz: In diesem Fall war das Colon descendens dünn, während darüber und darunter Wülste waren.

Tiling: Der Gallensteinileus ist ein Beispiel für den dynamischen Ileus. Es kommt aber auch mechanischer Ileus in Folge von Gallensteinen vor.

Petersen: Ich erinnere mich aus meiner Prosectorzeit eines Ileus in Folge von Aneurysma, da waren aber Thromben vorhanden.

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1295 Sitzung am 23. October 1900.

1. Westphalen demonstrirt das Balantidium coli in den Faeces eines an Diarrhoen leidenden Patienten und giebt in einem kurzen Vortrag einen Ueberblick über die Morphologie des Balantidium, die Aetiologie, das klinische Bild und die Therapie der dadurch verursachten Erkrankung.

Kernig fragt, ob die Bedeutung des Balantidium als Krankheitserreger in solchen Fällen ausser Zweifel gestellt sei; auffallend sei es, dass in den bisher mitgetheilten Fällen (Woit und Dehio u. A.) der anatomische Befund am Darm ein sehr verschiedener ist: in einem Falle ausgedehnte Ulceration der Darmschleimhaut, in einem andern garkeine Ulcera.

Westphalen betont, dass die Balantidium-Colitis sich klinisch sehr wohl von andern Darmerkrankungen unterscheide, bei denen andere Infusorien in den Faeces gefunden werden (Trichomonas, Megastoma etc.): sie zeichnet sich durch grosse Hartnäckigkeit aus, und die Schwere der Diarrhoe steht in geradem Verhältniss zur Anzahl der Balantidien in den Faeces.

2. Fortsetzung der Discussion über Serck's Vortrag: «Die Infectionskrankheiten und die Schule». (cfr. Protokoll d. Sitzung v. 8. Mai).

Serck giebt zur Einleitung der Discussion nochmals eine Uebersicht der bei uns zu Lande geltenden Vorschriften, welche für Schul- und andere Anstaltsärzte bindend sind und in ihrer Strenge oft Haus und Schule gleich schwer beeinträchtigen. S. tritt dafür ein, dass folgende Erleichterungen gewährt würden:

a) Es sollte — wie z. B. in Deutschland — ein Unterschied gemacht werden zwischen den schweren Infectionskrankheiten: Pocken, Scharlach, Diphtherie einerseits, und den leichteren: Windpocken, Masern, Keuchhusten, Mumps andrerseits.

b) Es sollte dem behandelnden Arzte überlassen sein, im Einzelfalle zu entscheiden, ob die Isolirung eines kranken Kindes von den übrigen gesunden Kindern im Hause eine genügende sei, d. h. ob die Gesunden in derselben Wohnung verbleiben dürfen, oder in eine andere übergeführt werden müssen.

c) Kinder, welche die betreffende Infectionskrankheit schon überstanden haben und dadurch gegen dieselbe immun geworden sind, sowie solche, die sich erst im Incubationsstadium der Krankheit befinden können, sollten zum Schulbesuch zugelassen werden.

Discussion:

ad a: Fremmert möchte die Masern nicht ohne Weiteres zu den «leichten» Infectionskrankheiten gerechnet wissen.

Hoerschelmann: wenn die Masern auch meist eine leichtere Erkrankung darstellen, als z. B. der Scharlach, so sind sie dafür viel leichter übertragbar als dieser, besonders im Beginn der Erkrankung; das rechtfertigt ebenso strenge Vorschriften den Masern wie dem Scharlach gegenüber. Bei kleinen Kindern, besonders Säuglingen, sind die Masern eine sehr gefährliche Krankheit; die Mortalität beträgt bei letzteren 50 pCt., (bei grösseren Kindern nur 3 pCt.) H. hatte in den ihm unterstellten Anstalten einmal unter 9 Masernfällen an Säuglingen 7 Todesfälle.

Koch: Masernepidemien in Kinderhospitälern, besonders die gelegentlich in den chirurgischen Abtheilungen ausbrechenden, geben eine grössere Sterblichkeit als Scharlachepidemien! Dasselbe gilt von manchen sehr bösartigen Masernepidemien in Anstalten; K. erinnert sich einer solchen in einem Kinderasyl; die erkrankten Kinder wurden ins Oldenburger Kinderhospital gebracht und starben fast alle in 2—3 Tagen!

Schmitz bestätigt die ausserordentliche Bösartigkeit der Masern in den Kinderhospitälern. Aus den drei Kinderhospitälern St. Petersburgs (Nikolai- Elisabeth- und Oldenburger Hospital) kann er folgende Sterblichkeitsziffern als Beleg dessen mittheilen:

Sterblichkeit an den Masern in den drei grossen Kinderhospitälern St. Petersburgs:

1) Nikolai-Kinderhospital.

1893=7,80 pCt.
1895=10,6 »
1896=14,4 »
} Медицинскіе отчеты по вѣдомству Учрежденій Императрицы Маріи за 1893—94, 1895—96, 1896—97 г.

2) Elisabeth-Kinderhospital.

1871—93=27,4 pCt. (Очеркъ 50 лѣтней дѣятельности 1894 г.).
1895=27,7 pCt.
1896=25,6 »
} Медицинскіе отчеты по вѣдомству Учрежд. Императр. Маріи за 1895—96 и 1896—97 г.).

3) Oldenburger-Kinderhospital.

1869—93=19,6 pCt. (Отчетъ 25 лѣтней дѣятельности 1894 г.).
1894=16,0 pCt. } Медицинскіе отчеты за 1894 г.
1895=20,0 » } » » » 1895—96 г.
1896=18,8 » } » » » 1895—96 г.

Demgegenüber ist bekanntlich die Mortalität an Masern in der Privatpraxis eine sehr geringe; es müssen also in den Hospitälern besonders ungünstige Factoren in Betracht kommen. Scheidet man in der Statistik die wegen Masern von aussen ins Hospital aufgenommenen von den im Hospital selbst an Masern erkrankten Kindern, so ergiebt sich für erstere eine Mortalität von nur 9 pCt., für letztere aber eine solche von 45 pCt! (Reitz: Очеркъ 50 лѣтней дѣятельности Елисаветинской клинической больницы для малолѣтнихъ дѣтей 1894 г.). Es ist namentlich die Complication mit Pneumonie im Hospital viel häufiger und schwerer als ausserhalb. Demnach sind die Masern wohl in der Privatpraxis als leichtere Infectionskrankheit anzusehen, nicht aber im Hospital!»

(Autoreferat).

ad b: wird gegen die Forderung des Vortragenden kein Einwand erhoben.

Fremmert fügt hinzu, dass im Hofressort auch die Quarantänefrist im gegebenen Falle bestimmt wird.

ad c: Hoerschelmann hält es, ebenso wie der Vortr., für möglich, im Falle von Masern, die noch gesunden Kinder während der Dauer des Incubationsstadiums, also während der ersten 8 Tage zur Schule zu lassen und sie nur während der kritischen Tage (9—14 Tag) auszuschliessen.

Schmitz führt aus, wie die Kinder einander mit Masern, und zwar im Prodromalstadium, inficiren, und kommt zu dem Schluss, dass, wo ein Erkrankungsfall einmal vorgekommen, alle späteren Maassregeln zur Isolirung und Verhütung weiterer Fälle sich meist als fruchtlos erweisen werden, weshalb er auch die strengen Vorschriften der Schule den Masern gegenüber für die illusorisch hält.

Masing tritt gleichfalls dafür ein, dass weder die im Incubationsstadium befindlichen noch die immunisirten Kinder als Träger der Infection angesehen werden dürfen, mithin diese wie jene zur Schule zu lassen sind. Es wäre schon ein grosser Gewinn für Schule und Haus, wenn die Aerzte darin einig würden, dass die Uebertragung nur durch den Kranken selbst, nicht aber durch Gesunde geschieht. Wenn eine Ansteckung durch dritte Personen leicht wäre, so müssten die Aerzte selbst sie viel öfter vermitteln; dies ist aber erfahrungsgemäss nicht der Fall; auch kinderreiche Familien von solchen Aerzten, die selbst viel mit Infectionskrankheiten zu thun haben, bleiben bei einiger Vorsicht verschont.

Hoerschelmann schliesst sich im letzteren Punkt Masing an, hält aber doch die Aerzte für verpflichtet, auch den Masern gegenüber die nöthigen und möglichen Vorsichtsmassregeln zu ergreifen, da man nie wissen kann, ob ein Kind, welches angesteckt wird, die Krankheit leicht durchmacht oder daran zu Grunde geht.

Fremmert: die Aerzte übertragen die Krankheiten nicht, weil sie vorsichtig und reinlich sind; bei Schülern ist das anders; da kann doch eher eine Uebertragung durch Gesunde stattfinden.

Kernig schliesst sich dem an und betont, dass die Uebertragung durch dritte gesunde Personen, wie auch durch unbelebte Gegenstände für manche Infectionskrankheiten (Pest, Pocken, Diphtherie etc.) allgemein anerkannt wird. Man wird immer mit Recht bestrebt sein der Verbreitung von Infectionskrankheiten nach Möglichkeit durch entsprechende Maassregeln entgegenzuwirken.

Tiling hält auch die Schule für verpflichtet die ihr anvertrauten Kinder nach Möglichkeit vor jeglichen Schädigungen und so auch vor Ansteckung zu bewahren, umsomehr als auch bei den «leichteren» Infectionskrankheiten, wie den Masern, der Ausgang im Einzelfalle nicht vorherzusehen ist!

Director: W. Kernig.
Secretär: E. Blessig.

Vermischtes.

— Das 25jährige Jubiläum unserer Wochenschrift wurde am 6. März durch ein Souper gefeiert, an dem der Verein St. Petersburger Aerzte, der Deutsche ärztliche Verein und mehrere unserem Blatt nahestehenden Gäste theilnahmen. Das zahlreiche Erscheinen der Vereinsmitglieder und die animirte Stimmung, in der das Fest verlief, sind uns ein erfreulicher Beweis für das rege Interesse, dessen sich die Wochenschrift zu erfreuen hat. Bedeutend gehoben wurde die Feststimmung durch den Inhalt einer zu dieser Gelegenheit von einigen Mitarbeitern mit köstlichem, wenn auch theilweise recht beissendem Humor componirten Scherznummer, die zur Verlesung und Vertheilung gelangte. Den Redacteuren dieser Nummer und den zahlreichen auswärtigen Gratulanten sei auch an dieser Stelle unser herzlicher Dank ausgesprochen.

— Die Conferenz der Militär-Medicinischen Akademie hat den Professor emer. der pathologischen Anatomie Dr. K. N. Winogradow und den Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie Dr. Rein zu Akademikern gewählt.

— Der Professor der medicinischen Chemie, Academiker Dr. A. I. Danilewski ist nach Ausdienung von 30 Jahren auf weitere fünf Jahre in seiner bisherigen Stellung belassen worden.

— Der Militär-Medicinalinspector des Kiewschen Militärbezirks Dr. Tabouré ist auf sein Ersuchen verabschiedet worden, unter gleichzeitiger Beförderung zum Geheimrath.

— Der bekannte Heidelberger Chirurg Prof. V. Czerny ist von der schwedischen Akademie der Wissenschaften zum auswärtigen Mitgliede ernannt worden.

— Wie verlautet, beabsichtigt der langjährige Oberarzt der hiesigen städtischen Irrenanstalt Nikolai des Wunderthäters, Dr. Otto Tschetschott, seinen Posten aufzugeben, da unsere Stadtverwaltung nichts für die Abschaffung der heillosen Zustände in der Anstalt thut und dadurch dem Director und den Aerzten des Hospitals es unmöglich macht, ihren Pflichten im Hospital gewissenhaft nachzukommen.

— Der Medicinalinspector des Gebiets des Donschen Kosakenheeres, wirkl. Staatsrath Dr. Horbazewitsch ist zum Militär-Medicinalinspector des Kiewschen Militärbezirks ernannt worden. An seine Stelle tritt der Corpsarzt des 18. Armeecorps, wirkl. Staatsrath Dr. Schuchow, dessen Posten wieder der Brigadearzt der 6. Sappeurbrigade, Staatsrath Dr. Popow, einnimmt.

— Verstorben: 1) Am 5. März im hiesigen deutschen Alexander-Hospital Dr. Georg Dobbert am Lungenkrebs im 64. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war als Sohn eines Arztes in St. Petersburg geboren, wo er auch in der Petrischule seine Schulbildung erhielt, worauf er 1855 die Dorpater Universität bezog, um sich dem Studium der Medicin zu widmen. Nach Erlangung des Arztgrades im Jahre 1860 liess er sich als praktischer Arzt in St. Petersburg nieder. Vor einigen Jahren erst gab er seine Praxis hier auf, um

die Direction des neuerrichteten evangelischen Sanatoriums für Lungenkranke in Pitkäjärvi in Finland zu übernehmen, sah sich aber bald genöthigt, diese Stellung aufzugeben in Folge eines schleichenden Leidens, welches allmählich seine Gesundheit untergrub und nunmehr seinem Leben ein Ziel gesetzt hat. Der Hingeschiedene zeichnete sich als Mensch wie als Arzt durch offenes, liebenswürdig-freundliches Wesen und strenge Gewissenhaftigkeit aus und wird daher sowohl bei seinen zahlreichen Freunden, als auch bei seinen Patienten und Collegen stets in liebevollem Andenken bleiben. Nicht unerwähnt wollen wir lassen, dass der Verstorbene neben seinem medicinischen Wissen ganz respectable Kenntnisse in den Naturwissenschaften besass. — 2) Am 1. März hierselbst der frühere langjährige Arzt der St. Petersburger Kaiserlichen Theater Dr. Wladislaw Krajewski plötzlich im Alter von 62 Jahren. Aus Warschau gebürtig, hatte K. seine medicinische Ausbildung in Dorpat und im Auslande erhalten und ist dann ca. 35 Jahre als Arzt thätig gewesen. Als Präsident und Begründer des hiesigen athletischen Cercles war Dr. Krajewski eine der bekanntesten Persönlichkeiten in der russischen Sportwelt. — 3) In Riga am 3. März Dr. Anton v. Hübbenet im 78. Lebensjahre. Nach Absolvirung seiner Studien in Dorpat im Jahre 1849 mit der Doctorwürde war H. Ordinator am Stadthospital, dann Arzt an der lutherischen Kirchenschule in Charkow, Arzt am Marien-Institut in St. Petersburg und zuletzt homöopathischer Arzt hierselbst. — 4) In Warschau der Senior der dortigen Aerzte Dr. Julian Weinberg im 86. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher über 60 Jahre die ärztliche Praxis ausgeübt hat, war seiner Zeit einer der renommirtesten Aerzte Warschaus und ist auch mehrfach literarisch thätig gewesen.

— Der II. internationale Congress von Versicherungs-Aerzten in Amsterdam wird eröffnet am 10. (23.) September 1901. Zur Verhandlung kommen eine Reihe wichtiger und interessanter Themata: A) Lebensversicherung: Appendicitis, Albuminurie, Glycosurie, Phosphaturie, Syphilis, Otitis media, Tremor, Herz-Arythmie, Arteriosclerose u. s. w. — B) Unfallversicherung: Hernien. Für die meisten dieser zur Discussion gestellten Fragen haben sich competente Berichterstatter bereits gefunden und man darf wohl erwarten, dass dieser II. Congress zur Förderung der Lebensversicherungs-Medicin nicht weniger beitragen wird wie der erste in Brüssel 1899. Generalsecretär ist derselbe Dr. Poels in Brüssel (2. rue Marie Thérèse), dessen energischer Initiative auch das Zustandekommen des I. Congresses zu verdanken ist.

— Der Bezirksoculist des Warschauer Militärbezirks wirkl. Staatsrath Dr. Potjechin ist als Bezirksoculist in den Petersburger Militärbezirk übergeführt worden.

— Der Process gegen den Ingenieur Häcker wegen Ermordung des Professors Dohnberg wird, wie die Tageblätter erfahren. am 22. März d. J. von der I. Abtheilung des St. Petersburger Bezirksgerichts zur Verhandlung gelangen.

— Am Schelaputinschen gynäkologischen Institut für Aerzte bei der Moskauer Universität ist am 1. Februar der erste Cyclus von Fortbildungscursen für Aerzte eröffnet worden, welcher bis zum 1. April d. J. dauern wird. Der Cyclus besteht aus Vorlesungen über Gynäkologie, aus praktischen Beschäftigungen mit stationären und ambulanten Kranken und einem Operationscursus an Leichen. Die Zahlung für den Cursus beträgt 20 Rbl. Zur Betheiligung werden vorzugsweise Landschaftsärzte und auswärtige Aerzte zugelassen.

— Vom Ministerium der Volkaufklärung war, wie die Moskauer Blätter mittheilen, der Moskauer medicinischen Facultät die Frage über die Zweckmässigkeit, bei den ärztlichen Recepten die lateinische Sprache durch die russische zu ersetzen, zur Berathung vorgelegt worden. Die aus diesem Anlass von der Facultät niedergesetzte Commission hat sich nun vom theoretischen und praktischen Standpunkt aus dagegen ausgesprochen. Ihrer Ansicht nach würde die Genauigkeit der Bezeichnung durch die russische Sprache nicht verbürgt und überdies sei es im Interesse der Wahrung des ärztlichen Geheimnisses und aus anderen practischen Gründen wünschenswerth, die lateinische Sprache bei der Receptur beizubehalten.

— Bezüglich der ärztlichen Reclame hat. dem «Lodzer Tagbl.» zufolge, eine Gruppe Lodzer Aerzte ein Reglement ausgearbeitet und in dem dortigen Aerzteverein zur Discussion gebracht. Von der Ueberzeugung ausgehend, dass eine übertriebene Reclame seitens der Aerzte die Würde des Standes in den Augen des Publicums herabsetzt, nahmen die versammelten Aerzte nach lebhafter Debatte das erwähnte Project, das für sämmtliche Aerzte bindend sein soll, mit wenigen Modificationen an. Das Reglement enthält folgende Punkte:

1) Was den Inhalt betrifft, so darf die Annonce eines Arztes enthalten: a) den Namen des Annoncirenden mit Hinzufügung der Bezeichnung Dr. oder Dr. med., b) seine Specialität, c) seine Empfangsstunden, d) seine Adresse und e) Ausdrücke wie verreist, zurückgekehrt, umgezogen. Nicht enthalten darf das Inserat Angaben: a) wo der Betreffende Ordinator oder Assistent gewesen ist, in welchen Kliniken er gearbeitet, welchen akademischen Grad er im Auslande erworben hat u. a. m., b) über Ort und Zweck seiner Reise ins Ausland, z. B. «ist zum Zweck weiterer Studien da und dahin verreist», c) über seine Heilmethoden, wie Massage, Elektricität, Hypnose u. a. m

2) Betreffs der Form: das Inserat darf nicht mit zu grossen Buchstaben gedruckt sein und, alles ins Auge fallende, wie schwarzer Rand, Ausrufungszeichen, ein ausgestreckter Zeigefinger, ist verboten. Endlich darf das Inserat keinen zu grossen Raum einnehmen,

3) Inserate von Aerzten dürfen nicht auf der ersten Seite einer Zeitung und überhaupt nicht vor dem Text gedruckt werden.

4) Betreffs der Häufigkeit der Inserate sollen folgende Regeln gelten: a) neu angereiste Aerzte dürfen in den ersten drei Monaten Annoncen in unbeschränkter Zahl veröffentlichen; b) alle übrigen Aerzte dürfen nicht mehr als zweimal in der Woche annonciren; c) Annoncen von Abreise, Rückkehr oder Wohnungswechsel können fünfmal in beliebigen Intervallen veröffentlicht werden.

Anmerkung 1. Bekanntmachungen von Heilanstalten, Krankenhäusern u. s. w. unterliegen den allgemeinen Regeln mit der Einschränkung, dass die Adresse der behandelnden Aerzte nicht genannt sein dürfen.

Anmerkung 2. Reclame für eigene Bücher oder andere wissenschaftliche Leistungen ist unstatthaft. Alle sich neu am Orte niederlassenden Aerzte werden durch den Secretär des Aerztevereins von dem Inhalt obiger Regeln in Kenntniss gesetzt.

— Der Moskauer Arzt Dr. A. M. Korowin, welcher eine Heilanstalt für Alkoholiker leitet, weist auf Grund von Daten über den Alkoholismus in St. Petersburg, Moskau und Kasan nach, dass in Bezug auf den Alkoholconsum das Gouvernement Moskau den ersten Platz einnimmt. Im Laufe eines Decenniums sind in den städtischen Krankenhäusern Moskau's ca. 20,000 Männer und ca. 5000 Frauen in Behandlung gewesen, die an den Folgen übermässigen Alkoholgenusses litten.

— Die hiesige Gesellschaft russischer Aerzte hat beschlossen von den Zinsen der in ihrer Verwaltung befindlichen Kapitalien auf den Namen Prof. S. Botkin's und Dr. W. Ssutugin's zwei Freibetten für lungenkranke Aerzte und deren Familien in dem Sanatorium Taizy zu unterhalten. Gesuche um Aufnahme in das Sanatorium sind an den Präsidenten der Gesellschaft Prof. Dr. L. W. Popow zu richten.

— Die Warschauer Aerzte Dr. Emanuel und Dr. Laski haben die Concession zur Errichtung einer gynäkologischen Heilanstalt mit einer geburtshülflichen Abtheilung in der Vorstadt Praga erhalten.

— Den Leprakranken in Deutschland, Russland und Rumänien werden laut einer neuerdings zwischen diesen Staaten abgeschlossenen Convention keine Reisepässe mehr ausgefolgt, um so eine Verbreitung dieser Krankheit möglichst zu verhüten. (Her.).

— In Wladikawkas ist vor Kurzem ein bacteriologisches Laboratorium mit allen nothwendigen Vorrichtungen eröffnet worden.

— Pestnachrichten. In Indien fordert die Seuche immer grössere Opfer. Während in der ersten Januarwoche d. J. nur 4000 Personen in ganz Indien an der Pest erkrankten und ca. 3400 starben, wurden in der ersten Februarwoche ca. 6940 Erkrankungen und 5900 Todesfälle constatirt. — In Capstadt, wo die Pest seit dem 25. Januar herrscht, weist dieselbe weitere Fortschritte auf. Es kommen täglich wenigstens 10 Neuerkrankungen (auch unter den Europäern) vor. — Die Stadt Smyrna in Kleinasien ist für pestfrei erklärt worden, da seit dem 7/20. Januar kein Pestfall mehr vorgekommen ist. Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 17. Feb. d. J. 9076 (261 mehr als in d. Vorw.), darunter 423 Typhus — (2 wen.), 1069 Syphilis — (73 mehr), 391 Scharlach — (3 mehr), 116 Diphtherie — (17 mehr), 63 Masern — (14 mehr) und 15 Pockenkranke — (1 mehr als in der Vorw.).

Am 24. Febr. d. J. betrug die Zahl der Kranken 9138 (62 mehr als in der Vorwoche.), darunter 416 Typhus — (7 wen.), 1067 Syphilis — (2 wen.), 389 Scharlach — (2 wen.), 121 Diphtherie — (5 mehr), 62 Masern — (1 wen.) und 18 Pockenkranke (3 mehr als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 11. bis zum 17. Februar 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
363	273	636	167	76	115	12	16	19	56	73	64	55	49	45	16	0

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 20, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 5, Scharlach 19, Diphtherie 20, Croup 2, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 3, Grippe 9, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 88, Tuberculose anderer Organe 22, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 46, Marasmus senilis 27, Krankheiten der Verdauungsorgane 38, Todtgeborene 25.

Für die Woche vom 18. bis zum 24. Februar 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
338	278	616	176	52	134	12	11	30	57	55	59	45	47	34	17	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 17, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 13, Scharlach 9, Diphtherie 17, Croup 2, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 25, Erysipelas 5, Grippe 5, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 100, Tuberculose anderer Organe 22, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 37, Marasmus senilis 28, Krankheiten des Verdauungscanals 50, Todtgeborene 25.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 20. März 1901.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 12. März 1901.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Schwester Const. Schmidt, Петерб. ст. Матвѣевская ул. д. 9, кв. 20.
Schwester Elise Tenisson, Невскій просп. д. 136, кв. 13.
Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
Верта Федоровна Панова, Спасская ул. д. 24, кв. 7.
Frau Amalie Schulz, фонтанка № 137 кв. 119.

Cur- und Seebadeort PERNAU.

Gesunde Lage. Comfortabel eingerichtete **Wasserheilanstalt** im Seepark am Meere. **Beginn der Saison 20. Mai, Schluss derselben 31. August.** Die Anstalt verabfolgt **Schlamm-, Moor-, electrische, Salz-, Sand-, römisch-irische, Nauheimer kohlensaure Bäder.** System Friedr. Keller, sowie andere Heilbäder. Selbige sind wirksam gegen **Rheumatismus, Frauenkrankheiten, Herzleiden, Skrofulose, Blutarmuth, Nervenleiden, Rhachitis u. a. K. m. Massage.** Desinficirte Wäsche. **Täglich Musik. Ausgedehnte Anlagen und Parks,** viele Promenaden am Meer. **Billiger Aufenthalt. Dampfer- und Eisenbahnverbindung.** — Alle näheren Auskünfte, Prospecte und Quartiervermittelung werden durch den Bade-Commissär vermittelt.

Die Bade-Commission.

Hunyadi Janos ist ein Naturproduct dessen abführende Wirkung allgemein bekannt ist. Als Normaldosis genügt ½ Wasserglas voll.



Wir bitten auf die gedruckte **Portrait-Schutzmarke,** welche sich auf jeder Etiquette unseres echten Bitterwassers befindet, genau zu **achten!**

Eigenthümer: ALEXANDER SAXLEHNER, BUDAPEST.

Zu haben bei den Droguisten und Apotheken.
Man verlange in den Niederlagen «Saxlehner's Bitterwasser».

(14) 26—6.



ein in Wasser oder Glycerin in jedem Verhältniss leicht und klar lösliches

Silber-Präparat.

Das „Ichthargan", das 30 % **Silber** enthält, übertrifft an bactericider Kraft das Argentum nitricum, wirkt aber weniger ätzend und giftig als dieses.

Das „Ichthargan", ist indicirt:
bei **Gonorrhoe,** bei **Augen-** u. **Frauenleiden,** bei der **Behandlung von Wunden** u. **eitrigen Entzündungen** sowie bei **Infections-Krankheiten.**

Mit Proben u. Literatur stehen den Herren Aerzten gratis und franko gern zur Verfügung

die alleinigen Fabrikanten:
Ichthyol-Gesellschaft
Cordes, Hermanni & Co.
Hamburg.

CURORT HAPSAL.

Am baltischen Strande in Estland.

Saison vom 20. Mai bis zum 1. September.

Schlammbäder, Fichtennadel-, Salz-, Eisen- und Dampf-Wannen. Die wärmsten Seebäder am baltischen Strande. Mittlere Meerestemperatur 17,6° R. Massage-, Elektricität- und Mineralwasser-Curen. Gesundes Klima, reinste, stärkende Seeluft, mittlere Sommertemperatur 17,9° C., deshalb speciell indicirt bei Schwächezuständen des Kindesalters jeglicher Art. Jährlich über 3000 Curgäste, die an den verschiedenen Arten von Rheumatismus, Gicht, chronischen Affectionen der weibl. Sexualorgane, Scrophulose etc. litten. Volle Pension zu mässigen Preisen im Hotel «Salon».

Musik, Theater, Concerte, Tanzabende etc. im Cursaal — Broschüre und Auskünfte über Wohnung durch die **Bade-Commission.**

Curort Teplitz-Schönau

in Böhmen.

seit Jahrhunderten bekannte und berühmte heisse, alkalisch-salinische Thermen (23—37° R.) Kurgebrauch ununterbrochen während des ganzen Jahres.

Hervorragend durch seine **Wirkung gegen Gicht, Rheumatismus, Lähmungen, Neuralgien** und andere Nervenkrankheiten; von **glänzendem Erfolge** bei Nachkrankheiten aus Schuss- und Hiebwunden, nach **Knochenbrüchen,** bei **Gelenksteifigkeiten** und Verkrümmungen. Städtische Badeanstalten: **Kaiserbad, Stadtbad, Steinbad, Schlangenbad, Stephansbad.** Fürst Clary'sche Badeanstalten: **Herrenhaus, Fürstenbad, Deutsches Haus, Neubad. Alle Auskünfte ertheilt das städt. Bürgermeisteramt** von Teplitz-Schönau, sowie das städt. **Bäderinspectorat** und die **Fürst Clary'sche Güterinspection.**

(37) 6—2.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Frau Gülzen, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 10.

Дозв. ценз. Спб., 10 Марта 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 11 St. Petersburg, 17. (30.) März 1901

Dreizehnter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte

Der **XIII. Aerztetag der Gesellschaft Livl. Aerzte wird in Riga am 19., 20. und 21. Juni a. c. stattfinden.**

Diejenigen Collegen, welche Vorträge zu halten wünschen oder bereit sind, die unter ihrer Leitung stehenden Krankenhäuser resp Kliniken zu demonstriren, werden gebeten, ihre diesbezüglichen Anmeldungen **spätestens bis zum 1. Mai c.** an mich gelangen zu lassen.

d. Z. Präses der Gesellschaft Livländ. Aerzte,
Dr. M. Treymann
(Riga, Thronfolger-Boulevard Nr. 3).

Ueber den Alkohol.

Ein im Talsenschen ärztlichen Verein gehaltener Vortrag von

Dr. Hermann Meyer.

Der Alkohol ist ein Gift, das haben v. Noorden und Miura durch ihre Untersuchungen klar gelegt, wonach der Alkohol nicht ein Sparmittel für das Körpereiweiss, sondern ein Protoplasmagift ist, indem es das Protoplasma zerstört; und wenn Zuntz und Geppert wie Rosemann neben der Giftwirkung wenigstens einen bedingten Nährwerth dem Alkohol zusprechen wollen, so hat Prof. Kassowitz in Wien den darin liegenden Widerspruch endgiltig klar gelegt [1]). Der Alkohol ist für den thierischen Organismus nicht Nahrungsmittel und Gift zugleich, sondern ein Gift schlechtweg, welches, wie alle anderen Gifte, in grossen Dosen tödtlich, lähmend und krankmachend wirkt, während kleine Dosen nur eine reizende Wirkung entfalten. Betrachten wir zunächst die Allgemeinwirkung dos Alkohols auf den menschlichen Körper und weiter die Schädigungen, welche die einzelnen Organe unseres Körpers durch Alkoholgenuss erleiden.

[1]) Deutsche Med. Wochenschrift Nr. 32—34, 1900.

Da der Alkohol, nachdem er den Magen verlassen hat, sehr leicht durch die Lymphbahnen des Darmkanals aufgesogen wird, theilt er sich durch deren Vermittelung dem kreisenden Blute mit, vermehrt dessen Fettgehalt, zersetzt die rothen Blutkörperchen und bildet damit die für den Körper so schädlichen Blutschlacken, deren Giftwirkung lange andauert. (confer Katzenjammer), wenn die eigentliche Alkoholwirkung, der Rausch, bereits vorüber ist.

Lassen wir nun die einzelnen Organe Revue passiren, wie sie sich unter der Einwirkung des Alkohols verhalten, und beginnen wir mit dem Magen.

Da der Alkohol gemeiniglich per os dem Organismus zugeführt wird, so wirkt er selbstredend auch in erster Linie auf die Magenschleimhaut je nach der Concentration des alkoholischen Getränkes und je nachdem, ob der Magen leer ist oder Speisen enthält. Wie schon die Schleimhaut des Mundes und Rachens uns beim Alkoholgenusse in concentrirter Form lehrt, wirkt der Alkohol reizend auf die Schleimhaut, so auch im Magen; und das physiologische Experiment belehrt uns, dass die gereizte Schleimhaut stärker secretorisch functionirt, dagegen die Motilität des Magens, seine Muskelarbeit, herabgesetzt wird.

Während nun Speisen als Mageninhalt zwar in gleichem Sinne wirken, aber als verdauliches Substrat den Magensaft verbrauchen, worauf die Magenbewegungen den Speisebrei ins Duodenum pressen, reizt der Alkohol nur unnütz die Mucosa, und bei fortgesetztem Alkoholgenusse bildet sich ein anhaltender Reizzustand der Magenschleimhaut aus, der chronische Catarrh mit Verdickung der Mucosa, Degeneration der Labdrüsen und Hypersecretion, wodurch gelegentlich das Ulcus ventriculi zur Entwickelung kommt. Druck, Brennen im Magen, Nausea und Ructus, auch Erbrechen mit schmerzhaften Empfindungen in der Cardialgegend sind die bekannten Begleiterscheinungen.

Reichlicher Alkoholgenuss, besonders Schnaps bedingt also eine chemisch-motorische Störung der Magenfunc-

tionen. Wird der Alkohol in verdünnter Form z. B. in grossen Quantitäten Bier genossen, so kann bei wesentlich gestörter Motilität noch das Leiden durch Dilatatio ventriculi complicirt werden.

Der Darm wird weit weniger durch Alkohol in seiner Functionsfähigkeit beeinträchtigt, da ja der Alkohol dort rasch zur Resorption gelangt, doch wird der Magencatarrh häufig auf die Darmschleimhaut verschleppt, und Strümpel bemerkt: «Der Alkohol ist die Ursache der meisten chronischen Magendarmcatarrhe».

Die zur allgemeinen Adiposis hinzielende Alkoholwirkung bedingt auch reichliche Fettablagerung im Netz, und es ist wahrscheinlich, dass die häufig bei Potatoren zu findenden peritonealen Verklebungen, Residuen abgelaufener Peritonitiden, dem Alkohol zuzuschreiben sind.

Nächst dem Magen ist die Leber als wichtiges Verdauungsorgan zu berücksichtigen; als voluminösestes Drüsengebilde unseres Körpers mit seinem grossen Blutreichthum wird es von schädlichen Stoffen im Blutkreislaufe besonders leiden müssen. Der toxisch-chemische Reiz des Alkohols bedingt hier eine bedeutende Blutanschoppung, bindegewebige Zellenproliferation mit consecutiver Schrumpfung, Lebercirrhose, die Säuferleber (gindrinker liver) der Engländer.

Die Consecutiverkrankungen der Schrumpfungsleber sind genügend bekannt, wir stehen vor dem traurigen Bilde des asthmatischen und hydropischen Potators.

Wir gelangen nun zur Beobachtung der Nieren, die mit ihren Kanälen und Harnleitern das Abflussröhrensystem für die im Körper verbrauchten Stoffe darstellen.

Die Congestionen, welche durch den Reiz des Alkohols im Nierenparenchym erzeugt werden, können acute oder chronische Entzündungserscheinungen hervorrufen. Erstere sind ja sehr selten und nur bei sehr grossen Quantitäten concentrirten Alkohols beobachtet worden und bewirken analoge Erscheinungen wie bei der Terpentin- oder Cantharidenvergiftung. Häufiger bildet sich bei Trinkern der Morbus Brightii aus und Bright selbst spricht sich dahin aus, dass keine Krankheit unter den Potatoren mehr Opfer fordere als die chronische Nephritis.

Auf die Blase und die Geschlechtsorgane hat der Alkohol verhältnissmässig geringe schädigende Wirkung, doch soll die Facultas generandi bei beiden Geschlechtern durch die Trunksucht herabgesetzt sein.

Auf die Athmung bleibt der Alkohol in kleinen Gaben ohne nennenswerthen Einfluss, bei grösseren Dosen wird die Sauerstoffaufnahme gesteigert, jedoch, was zu beachten ist, die Kohlensäure nicht im selben Verhältnisse ausgeschieden, chronischer Alkoholgenuss bedingt daher eine Ueberfüllung des Blutes mit Kohlensäure, daher die beständig bläuliche Färbung des Trinkergesichtes; dazu gesellen sich chronische Bronchitis, Lungenemphysem und die gefürchteten Gefahren einer Pneumonie bei Potatoren.

Am intensivsten leidet die Blutmischung unter chronischem Alkoholmissbrauche, denn der Alkohol vermehrt den Fettgehalt des Blutes, dessen Normalgehalt von 0,2 pCt. auf 0,8 pCt. gesteigert werden kann, und schädigt die rothen Blutkörperchen, deren Zerfall eine wesentliche Verminderung des Sauerstoffes im Blute bedingt.

Ein sehr wichtiges Kapitel bildet das Beobachtungsmaterial, welches sich aus der Wirkung des Alkohols auf das Herz ergiebt, denn die normale Functionsfähigkeit dieses nimmer ruhenden Muskels sowie seiner Adnexe, der Arterienbahnen bedingt ja in erster Linie unsere Lebensfähigkeit. Der Alkohol hat hier eine zweifache Wirkung: erstens vermehrt er, wie Prof. Binz in Bonn nachgewiesen hat, direct die Zahl der Herzcontractionen und erschlafft zweitens den Tonus der Arterienwände. Durch letztere Einwirkung verliert der Körper an Wärme, indem bei grösserer Oberfläche mehr Ausstrahlung erfolgt; es tritt zwar ein subjectives Wärmegefühl ein, ohne jedoch, trotzdem dass der Alkohol im Körper verbrennt, eine Temperaturerhöhung des Blutes zu bewirken.

Ausser der gesteigerten Pulsfrequenz des Herzens bewirkt der Alkohol, indem er durch Erschlaffung der Arterienwände grössere zu überwindende Widerstände für die Triebkraft des Herzens schafft, gesteigerte Intensität der Muskelcontractionen. Es wird somit durch Alkoholgenuss das Herz zu unmässiger Arbeitsleistung angespornt Im Normalzustande leistet die linke Herzkammer allein täglich eine Arbeit von 5400 Kilogramm-Metern; schon bei einer Zufuhr von 30 Gramm Alkohol arbeitet das Herz in 24 Stunden soviel wie sonst erst in 25 Stunden, bei 180 Gramm soviel in 24 Stunden wie sonst erst in 28 Stunden, es wird mithin unter der Peitsche des Alkohols überhetzt. Eine solche fortgesetzt gesteigerte Herzaction hat daher die Herzhypertrophie zur Folge, es bildet sich Dilatatio ventriculorum, Hyperplasie der Muskulatur, Fettherz aus und allendliche Erschlaffung des Herzens tritt ein. Während das normale Herz im längsten Querdurchmesser 9½ Centimeter misst, zeigt ein typisches «Bierherz» 13 Ctm., nach Dr. Smith sogar 19 Ctm. Durchmesser.

Der erwähnte herabgesetzte Tonus der Blutgefässe, wie er durch Alkohol bewirkt wird, ist weiter von der allergrössten Bedeutung; denn wir wissen, dass die Arteriosclerose bereits in den zwanziger Jahren unseres Lebens ihren leisen Anfang in unserem Organismus nimmt, um von da ab in stetiger Zunahme die schleichende Begleiterin des alternden Menschen zu bleiben. Sie wird in hohem Maasse durch Alkoholgenuss begünstigt, denn durch fettige Degeneration der Muscularis, schlechte Ernährung der Arterien mit destruirtem Blute, durch stetige Erschlaffung der Rohrwandungen muss ihre Brüchigkeit wesentlich erhöht werden, und wie viele scheinbar blühende Männer, die einem apoplectischen Insulte erlagen, haben dem Alkohol ihr frühes Ende zu verdanken, für wie viele Andere ist die Arteriosclerose schon in frühen Jahren manifest, wo sie ohne Alkohol sicherlich langsamer und in späterer Zeit so zur Erscheinung gelangt wäre.

Wir gelangen nun zu dem traurigsten Capitel unserer Betrachtung, es soll die Wirkung des Alkohols auf unser Nervensystem behandeln.

Unser Centralnervensystem, der edelste und complicirteste, auch der am ehesten afficirbare wichtige Theil unseres Organismus reagirt, wie wir sehen werden, am raschesten aber auch am anhaltendsten auf die Beeinflussung durch Alkohol! Das sittliche Gleichgewicht unserer Seele, unser bewusstes Denken und Wollen, die Fähigkeit, zu beurtheilen und in logischer Weise zu unterscheiden, freie und eingelernte Associationsfähigkeit, kurz unser gesammtes Seelenleben wird durch den Alkoholgenuss in erheblicher Weise alterirt.

Prof. Kraepelin und seine Schüler haben nachgewiesen, dass bereits kleine Alkoholgaben nicht ohne Einfluss auf unseren Nervenapparat sind und die unterste noch nachweisbare Grenze hierfür bei ⅕ Liter Bier, etwas weniger als eine halbe Flasche, gefunden. Dr. Smith und Aschaffenburg haben unter Kraepelin's Leitung die Wirkung des Alkohols auf die sensorische Gehirnsphäre geprüft und fanden folgende Resultate:

8—12 Stunden nach Verabreichen einer Dosis von 40—80 Gramm Alkohol = 1 Flasche Moselwein oder etwa 2½ Flaschen Bier wurden Prüfungen an Ver-

suchspersonen mit Vorlesen, Rechnen und Auswendiglernen gemacht.

Während ohne Alkohol die Aufgaben täglich besser gelöst wurden, verminderten sich sowohl die Leistungen als die Uebungsfähigkeit, wenn Alkohol gereicht wurde. Nach Aussetzen des Alkohols verbesserten sich diese Fähigkeiten erst vom zweiten Tage ab, fielen aber plötzlich, wenn nach 7 Tagen wieder Alkoholgenuss einsetzte; nach einer Woche war also noch Alkoholwirkung nachweisbar.

Aschaffenburg operirte mit Setzern, die unter Alkoholrationen von 30 Gramm pro die arbeiteten, sie leisteten 10—19 pCt. weniger als sonst, hatten aber dabei die Ueberzeugung gut und leicht zu arbeiten. Hier zeigte sich die tückische Art der Alkoholwirkung: Selbstüberschätzung bei notorischer Minderwerthigkeit der Leistung.

Ergänzende Untersuchungen hierzu hat Ernst Kürz veröffentlicht. An zwei Aerzten, deren einer seit Jahren abstinent, der andere mässig im Alkoholgenusse war, wurden mit 80 Gramm Alkohol, etwa 4 Flaschen Bier entsprechend, in täglichen Gaben Versuche angestellt, und zwar über Auffassungsfähigkeit, eingelernte und freie Associationen sowie Merkfähigkeit. Bei dem abstinenten Arzte wurden 27 Tage (6 Tage ohne, 12 Tage mit, wieder 5 Tage ohne, 2 Tage mit und schliesslich die beiden letzten Tage ohne Alkohol) zum Versuche gebraucht, bei dem anderen Collegen 13 Tage mit analoger Vertheilung der Alkoholrationen.

Es zeigte sich, dass die genannten regelmässig verabreichten mittleren Alkoholgaben Abends vor dem Schlafengehen genossen, dauernde Störungen im Ablaufe der psychischen Functionen zur Folge hatten. Beim Versuche mit eingelernten Associationen trat anfangs geringe vom 9. Tage ab rasch anwachsende Herabsetzung der Leistungen ein und zwar bis 25 pCt. der normalen, d. h. es leistete die Versuchsperson nur $^3/_4$ von dem was sonst. Nach Aussetzen des Alkohols erfolgte nicht sofort ein Verschwinden der Wirkung, sondern es war deutlich eine Giftnachwirkung wahrnembar. Nach fünftägiger Pause und wiederbeginnendem Alkoholgenusse setzte sofort die Wirkung wieder ein, und zwar mit viel grösserer Intensität als anfangs, so dass es den Anschein gewann, als sei die Wirkung der vorangegangenen Alkoholgaben durch die Abstinenzzeit nicht ganz aufgehoben.

Die Versuche mit Bezug auf Auffassungsfähigkeit und freie Associationen lieferten gleiche Resultate, nur war die Herabsetzung der Leistungsfähigkeit noch grösser, nämlich 40 pCt., es blieb der Versuchsperson nur $^3/_5$ der früheren übrig.

Darnach scheint der chronische Alkoholismus analog dem von Aschaffenburg beobachteten acuten zu sein, eine Art Dauerzustand mit gleichen Störungen in der psychischen Sphäre, wie sie im Rausche beobachtet werden; und es lassen sich nach Kürz folgende Schlussfolgerungen ziehen:

Eine einmalige Alkoholgabe von 80 Gramm verfliegt nicht rasch und total, sondern es verbleibt eine gewisse noch nach 24 Stunden bemerkbare Nachwirkung. Wird darnach die Gabe wiederholt, so tritt alsbald eine akkumulative Wirkung ein, die schon als Initialstadium des chronischen Alkoholismus aufgefasst werden kann, das bei seiner Steigerung am 12. Alkoholtage mit einer Herabsetzung der Leistungsfähigkeit von 24—40 pCt. deutlich nachzuweisen ist. Kürz sagt nun wörtlich: «Hieraus ergiebt sich eine wissenschaftliche Definition des Alkoholisten — zu deutsch Trinkers — welche weit über diejenige des täglichen Lebens hinausgeht: Trinker ist jeder, bei dem eine Dauerwirkung des Alkohols nachzuweisen ist, bei dem also die Nachwirkung einer Alkoholgabe noch nicht verschwunden ist, wenn die nächste einsetzt».

Das Zahlenlernen, die Auffassungsfähigkeit, wird bei den Kürz'schen Versuchen stärker beeinflusst als das Addiren, angelerntes Associationsvermögen, und es ist anzunehmen, dass allgemein grössere geistige Spannkraft erheischende Arbeiten unter dem Einflusse des Alkohols mehr leiden als leichtere, was im täglichen Leben auch beobachtet wird, wo ein Trinker sein gewohntes Arbeitspensum, sei es geistiger oder physischer Art, ohne augenfälliges Manko leistet, aber die Fähigkeit zu hochwerthiger Arbeit geht verloren und besonders schwierige Aufgaben zeigen ein Versiegen der Kraft. Im alltäglichen Getriebe der Berufsthätigkeit, wie sie sich in Kanzelleiarbeiten und in der Tretmühle der Bureaubeschäftigung abspielt, kann der Einfluss beständigen auch mässigen Alkoholgenusses unbeachtet bleiben; die verminderte Leistungsfähigkeit tritt aber zu Tage im Schwinden der Eigenart, es tritt die Schablone an Stelle des ausgeprägten Individuellen, die schöpferische Thätigkeit und das Vermögen, grosse verantwortungsvolle Aufgaben zu lösen, geht verloren. — Hat der Arzt hier nicht die heilige Pflicht, ein wachsames Auge auf seine Klienten zu haben, seine warnende Stimme zu erheben gegen den unüberlegten Alkoholgenuss, wo durch Berufswechsel oder gesteigerte Ansprüche an einen Klienten in seiner Stellung als Beamter derselbe in die Gefahr gerathen kann, seine Leistungsfähigkeit eingebüsst zu haben oder dabei Schiffbruch zu erleiden! Und das geistig und körperlich, denn der Alkohol täuscht uns auch über unsere Fähigkeit in den Muskelfunctionen, denn er stumpft unser Ermüdungsgefühl ab, die Warnungssignale für den übermässig angestrengten Muskel werden überhört; das sollten sich alle in neuerer Zeit dem vielfachen Sport ergebenen Leute merken. Der Alkohol ist dem sein Eiweiss in der Arbeit verbrauchenden Muskel schädlich, und es ist nützlicher die bei erheblicher Muskelthätigkeit verbrannten Kohlehydrate statt durch schädlichen Alkohol bei anstrengenden Märschen oder Radfahrten durch Zuckergenuss zu ersetzen, worauf auch der Satz zutreffen würde: «Gut und billig».

Es bleibe nicht unerwähnt, dass durch den Evograph nachgewiesen ist, dass der nicht ermüdete Muskel durch Alkoholgenuss in seiner Leistungsfähigkeit herabgesetzt wird, der ermüdete Muskel wird zwar durch Alkohol in seiner Aktionsfähigkeit für kurze Zeit gesteigert, das Endresultat bleibt jedoch eine Minderleistung.

Verfolgen wir weiter die Alkoholwirkung auf unseren Nervenapparat, so zeigt sich, dass die einmal erfolgte Schädigung desselben sich nur sehr langsam ausgleicht, ersichtlich um so langsamer, je länger der Organismus unter dem Einflusse des Alkohols sich befunden hat. Das entspricht auch der klinischen Erfahrung, denn ein scheinbar geheilter Potator, bei dem die turbulenten Vergiftungserscheinungen geschwunden sind, ist trotz strenger Abstinenz und trotz scheinbar normalen Verhaltens noch lange nicht gesund und als refractär gegen den Alkohol anzusehen. Die durch Alkoholgenuss erworbene Willensschwäche und Haltlosigkeit macht ihn durch Jahre hindurch noch für Rückfälle fähig und zugänglich für die Verführung zu den alten Trinkergewohnheiten. Selbst nach längerer Abstinenzzeit bleibt eine grosse Empfindlichkeit des Organismus gegen den Alkohol zurück, bei dessen erneutem Gebrauche die Giftwirkung rascher und stärker hervortritt als am Anfang; auch diese Thatsache wird durch die klinische Beobachtung bestätigt, denn wir wissen, dass die durch Zwang oder Schulung mühsam dem geheilten Trinker in den Asylen beigebrachte Selbstbeherrschung für längere Zeit bei kleinen Alkoholrationen zwar erhalten bleiben

kann, sie ist jedoch äusserst labil, denn oft wird sie plötzlich vernichtet und die alte Directionslosigkeit ist wieder da, woher für den genesenen Trinker der Satz unbedingt feststehen muss: «Nur bei völliger Enthaltsamkeit kann er dauernd gesund bleiben».

Aus dem beigebrachten Versuchsmateriale ist ersichtlich, dass der Alkohol in Mengen, wie er für viele Menschen als tägliches Genussmittel zum Bedarfsartikel geworden ist und auch von Aerzten vielfach als Normalbedürfniss und unbedenklich angesehen wird, durchaus nicht gleichgiltig für unsere geistige Gesundheit ist. Wo der Alkohol den Boden der Entwickelung unseres Lebens durchtränkt hat, da wird weder der Uebermensch noch der Kraftmensch gedeihen, wohl aber gedeiht dort die Schaar der Imbecillen und Schwächlinge, für die der Staat und die Communen Anstalten und Sanatorien errichten müssen.

Wenn nun der Alkohol dem bereits erwachsenen Organismus eine Reihe wesentlicher Gesundheitsschädigungen zufügen kann, wie aus den vorstehenden Schilderungen als wissenschaftliches Ergebniss sicher feststeht, wie intensiv muss da erst der kindliche Körper, das in der Entwickelung begriffene zarte Nervensystem der heranwachsenden Jugend auf den Genuss von Alkohol reagiren!

Demme und Frick haben in eingehender Weise durch ein reichhaltiges Material und auf statistischer Grundlage die überaus schädliche Wirkung des Alkohols auf die Entwickelung der Kinder nachgewiesen: Der kindliche Organismus bleibt in seiner Gesammtentwickelung zurück, wenn der Alkohol bei seiner Ernährung eine Rolle spielt, vor allen Dingen leidet die Ausbildung des Charakters, die Fähigkeit zu lernen, die Lust am Spiel; Selbstbeherrschung und Willensstärke, die nicht früh genug geübt werden können, werden niedergedrückt, die Daseinsfreude der goldenen unschuldigen Jugendjahre wird von dem dunkeln Nebel des Alkoholmissbrauches verdüstert, werden doch viele Fälle von Erkrankungen des Nervensystems in der Kindheit, wie Epilepsie, Eklampsie, Chorea, Convulsionen und Krämpfe, ihren Grund in unverständigem Verabreichen von Alkohol an Kinder haben.

Wie schädlich der Alkohol auf heranwachsende Knaben zu wirken vermag, ist durch ein Experiment nachgewiesen, das zwei durchaus intelligente und zuverlässige Männer mit ihren Knaben, die im Alter von 10 und 15 Jahren standen, unternahmen. Sie liessen dieselben einige Monate hindurch Wein in kleinen Gaben trinken, dann entzogen sie wieder denselben für ebenso lange Zeit dieses Getränk. In solcher Weise wurde $1^1/_2$ Jahre mit den Knaben experimentirt und dabei aufmerksam deren Wesen und Gesundheitszustand beobachtet.

Die Knaben erhielten Mittags und Abends zur Mahlzeit je $^1/_2$, die jüngeren $^1/_3$ Glas leichten Landwein. Die Beobachtung zeigte, dass die Knaben in den Monaten, wo sie täglich Wein erhielten, körperlich matter waren, schläfrig und müde, es verminderte sich bei ihnen die Arbeitslust, sie wurden weniger leistungsfähig; der Schlaf war unruhiger, häufig unterbrochen und weniger erquickend als in der Zeit, wo sie ohne Wein lebten. Der Unterschied war so erheblich, dass zwei der Knaben von sich aus fanden, dass ihr Zustand ohne Wein ein besserer sei, und sie baten die Eltern, den Wein fortzulassen.

Wie viele Schüler mögen, ohne dass die Eltern ein solches Experiment bewusst mit ihnen anstellen, in gleicher Weise leiden, wie viele schlechte Censuren, mangelhafte Leistung in den Schulen, besonders der Zöglinge in den oberen Gymnasialklassen, wo doch schon im Stillen «gekneipt» wird, sind dem frühzeitigen Alkoholmissbrauche zuzuschreiben. Wo liegt die Altersgrenze? Die einzige bis zu einem gewissen Grade natürliche wäre das 20.—24. Lebensjahr. Natürlich sollte man nicht in diesem Lebensalter gerade zum Trinken herangezogen werden, bis dahin sollten Kinder aber gar keinen Alkohol bekommen, sie sollten gar nicht wissen, wie er schmeckt, noch welchen Reiz er ausübt. Wie viele Kinder aber elend und unglücklich durch den Alkohol werden können, die ihn vielleicht nie getrunken, jedoch seinen Fluch durch die trunksüchtigen Eltern überkamen, darüber belehrt uns die Statistik: ungefähr die Hälfte aller Kinder in den Anstalten für Schwachsinnige, Epileptiker und Taubstumme entstammen Trinkerfamilien. Und noch eines: die Kinder von Trinkern, es brauchen diese noch keine Trunkenbolde zu sein, erben die Anlage zur Trunksucht und diese potenzirt sich, bis das Endglied der Dipsomanie erreicht ist, um den sich eine degenerirte Familie gruppirt von Imbecillen und Idioten, Dekadenten und Verbrechern, die später die Irrenanstalten oder Gefängnisse füllen. Erasmus Darwin, Legrain, Lunier, sie haben ein schweres statistisch begründetes Material für die Anklage gegen den Alkohol erbracht, aber seine Bäche und Ströme fliessen darüber hinweg und schwemmen alle Lehren und Warnungen fort und das: „Ergo bibamus“ übertönt den Ruf des alten Plutarch: „Ebrii gignunt ebrios“.

Man könnte die Frage aufwerfen, warum an dieser Stelle so vieles in der ärztlichen Welt lange bekanntes Material vorgebracht ward, und was der Arzt füglich mit der Statistik für Imbecille, Idioten oder Verbrecher zu thun habe.

Der Arzt soll ja ein Wächter nicht nur für die Gesundheit des Einzelnen, sondern für dessen zukünftiges Geschlecht, für das ganze Volk, für die Menschheit im weiteren Sinne sein. Der Alkohol aber ist ein Feind der menschlichen aufsteigenden Entwickelung leiblicher und seelischer Natur, das Gesammtbild seiner schädlichen Wirkung sollte entrollt werden, um die Aerzte zu veranlassen, die ihnen anvertrauten Familien und deren Glieder vor diesem Feinde zu warnen, sie über die Schäden, die er verursachen kann, aufzuklären.

Minister Evrett in den Vereinigten Staaten von Nord-Amerika berechnete für das Decennium 1860—70 für den Consum von Alkohol an directen Ausgaben 3 Milliarden, an indirecten 600 Millionen Dollar, ihm war der Verlust von 300,000 Menschenleben zuzuschreiben, 100,000 Kinder schickte der Alkohol in die Armenhäuser, 150,000 Leute trieb er ins Gefängniss oder in die Arbeitshäuser. Wenigstens 2000 Selbstmorde wurden durch Alkohol veranlasst, 10 Millionen Dollar schuf er an Schaden durch Feuer oder Gewalt, und durch ihn wurden in den zehn Jahren 20,000 Frauen zu Wittwen und eine Million früher Waisen gemacht. Im Allgemeinen stehen 70—80 pCt. der Verbrechen mit der Trunksucht im Zusammenhange. In Deutschland 46 pCt. der Morde.

Es bleibt jedoch ein schlimmes Ding, vor dem Feuer zu warnen und selbst damit zu spielen. Daher sollten die Aerzte selbst einmüthig dem Alkohol entsagen, ihr ernstes Beispiel würde Wunder wirken und der getreue Eckart der Familien, der Hausarzt, würde nicht nur ein Doctor des Leibes sondern auch der für die Seelen von Tausenden sein, und die zukünftigen Geschlechter, die seinem Rathe und Beispiele ihr Blühen und Gedeihen zu verdanken hätten, und nicht der Dekadenz verfallen wären, würden ihn segnen.

In England besteht schon seit Jahren ein Verein von 400 Aerzten, die völlig enthaltsam sind, und von denen ein eigenes Organ «The medical temperance Journal» unterhalten wird. In Deutschland bestehen ebensolche

Vereinigungen; hierzulande regt's sich bereits im Volke gegen den Alkohol wie in England, wo 5 Millionen Abstinenzler leben. In Amerika sind 16 Staaten, die das Alkoholverbot ihren Gemeinden zugestehen, 6 Staaten verbieten ihn durchweg; in Schweden befinden sich 300,000 Enthaltsame, und wie sah es dort früher traurig mit der Trunksucht aus. Norwegen hat 100,000, Dänemark 50.000 Antialkoholiker. Finnland folgt in gleicher Richtung und von unserem Staate werden Vereine mit Mässigkeitsbestrebungen ins Leben gerufen und von der Regierung unterstützt.

In den baltischen Provinzen bilden sich Gruppen in der Landbevölkerung mit Bestrebungen gegen den Alkohol, denn die Monopolbranntweinwirthschaft fördert schärfere Contraste und augenscheinliche Gegensätze zwischen den vom Alkohol in nächster Nähe beglückten Gemeinden und denen, die entlegen von den Monopolbuden wohnen; hier Zunahme der Trunksucht und Verlotterung, dort Nüchternheit und Aufschwung in wirthschaftlicher und sittlicher Beziehung.

Die Aerzte dürfen unweigerlich solchen Strömungen gegenüber nicht lau bleiben, es steht auch zu hoffen, dass der nächste Livländische Aerztetag die Alkoholfrage aufrollen wird. möge sich von ihm aus in breitem Strome eine Bewegung gegen den Alkohol über Land und Stadt ausbreiten und die Hand der Aerzte in erster Reihe das Panier hoch halten, unter dem gegen den Volksfeind und Kulturgegner, den Alkohol, gekämpft wird.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Zur Alkoholfrage.

1. Laitinen. Ueber den Einfluss des Alkohol's auf die Empfindlichkeit des thierischen Körper's für Infectionsstoffe. (Jena, 1900. Gustav Fischer).

2. Triboulet et Mathieu. l'Alcool et l'Alcoolisme. (Paris, Carré et Naud 1900).

In einer ausserordentlich gründlichen und umfangreichen Arbeit hat Laitinen (1) die Frage nach dem Einfluss kleiner Alcoholdosen zu lösen versucht. Die von ihm verwendeten Quantitäten Alcohol entsprachen ziemlich genau dem gewöhnlichen Tagesverbrauch der Durchschnittsmenschen (0,8 — 0,5 cbcm. Alcohol absol. pro 1 Kgr. Gewicht). Diese Mengen Alcohol wurden in verdünnter Form dargereicht und riefen meist weder Intoxicationserscheinungen noch andere Schädigungen hervor. Als Versuchsthiere wurden Kaninchen, Hunde, Meerschweinchen, Tauben, Hühner benutzt. Die grossen Alcoholdosen kamen ebenfalls zur Verwendung und wurden so gewählt, dass sie eine ziemlich deutliche, innerhalb mehrerer Stunden vorübergehende Intoxication hervorriefen.

Zur Infection wurden Milzbrandbacillen (vollvirulente und abgeschwächte), Tuberkelbacillen und Diphtherietoxin benutzt. Die wichtigen Resultate seiner Arbeit hat L. in 7 Schlusssätzen zusammengefasst, von denen ich die wichtigsten wiedergebe.

Der Alcohol setzt die normale Widerstandsfähigkeit des Organismus gegen Infectionsstoffe herab. Als Erklärung dafür dienen die in den verschiedensten Organen durch Alcoholgebrauch bewirkten Veränderungen. Der Alcohol vermindert die Alkalescenz des Blutes und sehr wahrscheinlich die Zahl der weissen Blutkörperchen. Er besitzt keinen Einfluss auf den Gehalt an Haemoglobin und Erythrocyten. Der Alcohol hat einen sehr nachtheiligen Einfluss auf die trächtigen Thiere und ihre Nachkommenschaft. Die normale und krankhafte Körpertemperatur wird durch grössere Gaben etwas herabgesetzt, aber nur für sehr kurze Zeit.

Ein wenig, ja allzu summarisch haben die Herren Triboulet und Mathieu (2) die klinische Seite der Alcoholvergiftung abgehandelt; bei Besprechung der Therapie begnügen sie sich beispielsweise mit einem Citat über die Wirkung des Strychnin's von Combemale und einer Wiedergabe der Behauptungen von Sapelier über die Serumtherapie des Alcoholismus. Viel ausführlicher und sehr lesenswerth ist die Beschreibung der verschiedenen staatlichen Systeme zur Verminderung des Alcoholmissbrauch's, die legistativen Massregeln und s. w. Interessant sind ferner die Abschnitte über Bier- und Weinfabrication, die Toxicität des Alcohol's, seine physiologische Wirkung.

Voss.

Dr. A. Villaret. Handwörterbuch der gesammten Medicin unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Aerzte. Zweite Auflage, Stuttgart, F. Enke. 1899, 1900 in 27 Lieferungen à 2 Mk. Lieferung 14—27.

Das ausgezeichnete Handwörterbuch, dessen wir an dieser Stelle schon Erwähnung gethan haben liegt nun abgeschlossen vor und imponirt durch die grosse Menge seiner Stichwörter, durch die Präcision und Kürze mit der diese behandelt werden und durch die denkbar grösste Vollständigkeit, wie solche sich in den Rahmen des Werkes nur hineindenken lässt. Alle Zweiggebiete der Medicin, mit allen ihren technischen Ausdrücken, alles alte und neue auf all den vielen Disciplinen ist mit aufgenommen; das Handwörterbuch ersetzt einem gewissermassen eine ganze Bibliothek und ihm kommt als Nachschlagebuch für denjenigen, der sich nicht eine der grösseren Encyklopädien anschaffen will, die grösste Bedeutung zu. Auch in dieser Auflage ist jedem Fremdwort die Ableitung beigefügt, ausserdem seine Bezeichnung im Französischen, Englischen und Italienischen. — Wir können daher dieses Buch jedem Collegen, besonders aber den litterarisch thätigen bestens empfehlen.

Kallmeyer.

Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie. Herausgegeben von Docent Dr. Haug. Jena, Verlag von Gustav Fischer. 1900.

Dritter Band. 10. Heft. Diagnose und Chirurgie des otogenen Kleinhirnabscesses. Von Prof. Dr. W. Okada in Tokio.

In dieser ebenso werthvollen wie ausführlichen Monographie bespricht Verf. zunächst die geschichtliche Entwickelung der Lehre vom otogenen Kleinhirnabscesse. Es folgen darauf 5 ausführliche Krankengeschichten der vom Verf. selbst theilweise beobachteten Fälle aus der Klinik von Prof. Trautmann. An der Hand dieser und sämmtlicher aus der Literatur von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart beschriebenen Fälle, die Verf. mit grösster Sorgfalt gesammelt und kritisch beleuchtet hat, beschreibt er sehr ausführlich die Symptomatologie, Differentialdiagnose und die verschiedenen Methoden der chirurgischen Behandlung der otogenen Kleinhirnabscesse. Wir empfehlen die ausgezeichnete Arbeit, die wohl eine der besten auf dem betreffenden Gebiete sein dürfte, allen Collegen, besonders aber den Chirurgen und Otologen auf das Wärmste. Das Studium derselben wird allen den grössten Nutzen bringen und manches Leben retten helfen.

Vierter Band. 1. Heft. Betrachtungen über die Grenzen der Otochirurgie bei der Behandlung der eitrigen Mittelohr- und Warzenfortsatz-Entzündungen. Von Prof. Dr. Stetter.

Auf Grund seiner sehr reichen Erfahrung, die er an 3450 Patienten mit acuter und chronischer eitriger Mittelohrentzündung gemacht hat, sucht Verf. die Indicationen für die Eröffnung des Antrum mastoideum und Ausräumung des Antrums und der Mittelohrräume möglichst genau zu präcisiren und zu begrenzen. Er ist der Ansicht, dass beim gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse die sog. Radicaloperation bei der Behandlung der eitrigen Media die medicamentöse Therapie nicht verdrängen darf und dass bei allen acuten Periostitiden des Warzenfortsatzes, welche im Gefolge einer acuten oder chronischen Media auftreten, zuerst nur die ausgiebige Wilde'sche Incision zu machen sei, welche in einer grossen Reihe von Fällen allein ausreicht zur Heilung der Mittelohrentzündung. Die Arbeit ist vorzugsweise für den praktischen Arzt bestimmt, dem wir sie auch bestens empfehlen.

Vierter Band. 2. Heft. Die Syphilis der oberen Luftwege unter besonderer Berücksichtigung der differentiellen Diagnose und der localen Therapie. Von Dr. Anton Lieven in Aachen.

Im 10. Hefte des II. Bandes dieser klinischen Vorträge besprach Verf. die Syphilis der Nase. Vorliegendes Heft bildet den zweiten Theil seiner vorzüglichen Arbeit über die Syphilis der oberen Luftwege und beschäftigt sich mit den Erscheinungen derselben in Mund- und Rachenhöhle. Als Badearzt in einem von Luetikern so stark frequentirten Orte, wie Aachen, verfügt Verf. über eine ausserordentlich reiche

Erfahrung auf dem betreffenden Gebiete. Die mannigfaltigsten Manifestationen der Syphilis in Mund- und Rachenhöhle werden von ihm mit der grössten Ausführlichkeit und Genauigkeit beschrieben. Eine besonders eingehende Darstellung fand die differentielle Diagnose der Syphilis von anderen Erkrankungen der betreffenden Organe. Allen für die venerischen Erkrankungen sich näher interessirenden Collegen, besonders aber den Pharyngologen, sei das Studium der Arbeit bestens empfohlen.

A. Sacher.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft practischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 6. April 1900.

1. Dr. Friedberg stellt einen Fall von Gubler'scher Lähmung vor.

Patient, 23 Jahre alt, ist stets schwächlich gewesen und hat seit seinem 16. Lebensjahre sehr eifrig dem Bacchus und der Venus gehuldigt. Der Vater des Kranken ist an Phthise gestorben. Vor 4 Jahren acquirirte Patient ein Ulcus genitale, ob molle oder durum, ist nicht mehr zu eruiren; Ausschläge will der Kranke nicht bemerkt haben. Bei einer Schlägerei zog sich Patient im Mai v. J. starke Kopfwunden zu, die intensiv geblutet haben sollen. Referent hat den Kranken zum ersten Mal im September vorigen Jahres gesehen und zwar nach einer plötzlich aufgetretenen Parese der linken untern Extremität; im Laufe desselben Tages trat auch eine vollständige Paralyse der linken obern Extremität und des rechten Facialis ein. Bewusstseinstrübung und Schluckbeschwerden schwanden nach energischen Quecksilbereinreibungen des Kopfes und internem Jodkaligebrauch im Verlauf von etwa 3 Wochen vollständig; die Parese des Facialis und der linken Unterextremität liess erst (trotz Faradisation und Massage) nach 3 Monaten nach, — der linke Arm blieb unverändert paralytisch. Nach einiger Zeit stellten sich posthemiplegische Contracturen ein, am linken Bein war eine ausgesprochene Varo-equinus-Stellung zu constatiren; nach Jodkaligebrauch besserten sich die Contracturen. Im Februar konnte Patient schon im Zimmer umhergehen, die Oberextremität blieb jedoch nach wie vor unverändert. Blasen- und Mastdarmfunctionen waren intact geblieben. Nach einem am 1. März erfolgten heftigen psychischen Affect trat plötzlich ein neuer hemiplegischer Insult ein, viel intensiver als der erste. Linkerseits waren die Extremitäten, rechterseits der Facialis und der Accessorius Wilisii vollständig paralysirt, auch das Gaumensegel und die rechte Zungenhälfte waren befallen. Sprache unverständlich, Schlucken unmöglich, Masseterenkrampf, Bewusstlosigkeit. Nach Blutegeln und erneuerter specifischer Behandlung trat allmählich Besserung ein. Psychisch blieb Patient alterirt: es traten Anzeichen einer beginnenden Idiotie ein, der Kranke lachte unmotivirt etc. Bei der Demonstration war von einer Facialislähmung wenig zu bemerken. dagegen fielen die Temporalarterien durch starke Schlängelung und Härte auf (Arteriosclerose), der linke Arm ist in allen Gelenken stark flectirt, die linke Unterextremität magerer als die rechte und befindet sich in einer krampf- und schmerzhaften Varo-equinus-Stellung. Alle Reflexe sind linkerseits erhöht, Zittern der Unterextremitäten. Herz und Nieren normal, an den Lungenspitzen verschärftes, theilweise bronchiales Athmen.

Referent führt das Leiden auf Lues zurück, auf der auch die Arteriosclerose beruht. Differentialdiagnostisch könnte vielleicht noch ein Tumor in Frage kommen, doch ist ein solcher wegen des plötzlichen Auftretens der Krankheitserscheinungen wohl mit Sicherheit auszuschliessen. Möglich ist es, dass ein im Pons sitzendes Gumma die Art. basilaris oder einen Zweig derselben lädirt hat und in Folge dessen eine Blutung zu Stande gekommen ist, oder aber, dass die Arteriosclerose direct eine solche zu Stande gebracht hat. Für Lues spricht auch der Erfolg der specifischen Behandlung.

Weiter demonstrirt Dr. Friedberg einen Knaben von 6 Jahren, der bei der Geburt einen auffallend grossen Kopf aufwies, der seinerseits ein schweres Geburtshinderniss bildete. In den ersten paar Wochen nach der Geburt vergrösserte sich der Kopf zusehends, in der dritten Lebenswoche ergoss sich eine grössere Flüssigkeitsmenge aus der Nase, worauf der Kopfumfang allmählich abnahm bis er in der 7. Woche normale Verhältnisse aufwies. In der Dentitionsperiode waren Kopfkrämpfe häufig. Nach einer im 2. Lebensjahre überstandenen, 3 Wochen anhaltenden, mit Fieber und Convulsionen einhergehenden Erkrankung trat eine rechtsseitige Hemiplegie auf, die sich allmählich besserte. Im 4. Lebensjahre bekam der Knabe regelrechte epileptische Krämpfe, die Anfangs selten waren, jetzt 20—25 Mal täglich sich einstellen. Dieselben können beliebig ausgelöst werden; bei stärkerem Weinen bekommt der Knabe fast regelmässig einen epileptischen Anfall. Der kleine Patient spricht nicht, versteht aber, was mit ihm gesprochen wird. Die innern Organe sind normal, rechterseits eine Inguinalhernie. Rechte Extremitäten im Wachsthum ein wenig zurückgeblieben, Beweglichkeit stark beschränkt, spastisch-paralytischer Gang. Sensibilität normal. Sehnenreflexe stark erhöht, choreatische Mitbewegungen an der obern Extremität. Ein epileptischer Anfall tritt während der Demonstration ein. Referent erklärt den Fall für eine abgelaufene cerebrale Kinderlähmung. Der Krankheitsfall ist durch den Durchbruch der Cerebralflüssigkeit durch die Lamina cribrosa bemerkenswerth.

2. Dr. Michelson referirt über einen höchst seltenen mit glücklichem Ausgang beobachteten Fall von mento-posteriorer Gesichtslage Zu einer Mehrgebärenden gerufen, erfuhr Referent, dass die Blase vor 24 Stunden gesprungen, die Wehen recht kräftig gewesen seien, das Kind aber nicht tiefer trete. Bisherige Geburten ohne Kunsthilfe. Die Untersuchung ergab, dass das Kind recht tief in Gesichtslage ins Becken getreten war und zwar mit nach hinten gerichtetem Kinn. Das Kind lebte, Muttermund verstrichen, Wehen kräftig.

Dr. Michelson versuchte in entsprechender Seitenlage der Kreissenden alle die Handgriffe, die u. A. Thorn zur Umwandlung der Gesichtslage in Hinterhauptlage angegeben, -- doch ohne Erfolg; der Kopf sass fest auf dem Beckenboden; starke, lang anhaftende Wehen erschwerten noch dazu jedes manuelle Eingreifen. Die Schulweisheit hiess in solchen Fällen zur Trepanation, auch des lebenden Kindes schreiten. Referent entschloss sich jedoch zu einem Zangenversuch unter Chloroformnarcose. Mit der Zange, im II. schrägen Durchmesser angelegt, wurde unter geringem Zug eine Rotation des Schädels nach rechts und des Kinns zur Seite und nach vorn versucht. Zur freudigen Ueberraschung gelang das nach einiger Anstrengung, so doss die mento-posteriore Lage des Gesichts sich in einen Querstand desselben verwandelte. Durch diesen Erfolg ermuthigt, wurde die Zange aufs Neue angelegt und beständig die Drehung des Kinns nach vorn versucht. Nach 4-maligem Wechsel der Zangenstellung war es dann wirklich gelungen, das Kinn nach vorn zu bringen und demnach die für absolut hoffnungslos geltende Lage in eine relativ gute zu verwandeln. Das Kind, lege artis entwickelt, schrie mit lauter Stimme und wies annähernd normales Maass und Gewicht auf. (Ausführlicheres über diesen Fall folgt demnächst anderweitig).

3. Dr. Prissmann referirt an der Hand von Photographien über einen von ihm vor einigen Tagen beobachteten Fall von Naevus papillaris pigmentosus progrediens. Patient, 28 Jahre alt, giebt an, dass Anfangs nur die rechte Körperhälfte befallen gewesen sei. nachträglich sei auch die linke Seite in Mitleidenschaft gezogen worden. Die einzelnen dunkelbraunen Flecken und warzig-drüsigen Gebilde verlaufen meist der Nervenbahn entlang, so namentlich in den Intercostalräumen und auf der rechten Halsseite. Befallen ist zur Zeit ein grosser Theil des Körpers.

Sitzung vom 4. Mai 1900.

1. Dr. Goldberg stellt einen Marinesoldaten vor, bei dem andere Aerzte Scorbut gefunden haben wollen.

Die Herren Goldberg und Brackel sprechen sich gegen Scorbut aus, für dessen Existenz absolut kein Anhaltspunct zu finden ist.

Sie halten, zusammen mit Prissmann, das Krankheitsbild für eine etwas ungewöhnliche Form von Acne vulgaris indurata.

2. Dr. Schmähmann demonstrirt eine 60-jährige Frau mit einem ungewöhnlichen, fast kleintellergrossen, auf einer Verbrennungsnarbe sitzenden Hautcarcinom des rechten Arms.

Dr. Mauring ist der Ansicht, ein operativer Eingriff sei noch indicirt, der Erfolg würde voraussichtlich ein relativ günstiger sein.

3. Dr. Reinhard stellt eine Frau vor, bei der er vor 2 Jahren beiderseits die Thränensäcke exstirpirt hat.

Dr. Mauring spricht sich im Princip gegen die von den Ophthalmologen mitunter etwas voreilig vorgenommenen Thränensackexstirpationen aus. Wie jedes Organ, so müsse auch der Thränensack möglichst lange erhalten bleiben.

Dr. Schmähmann kann als früherer Landarzt bestätigen, dass die rechtzeitige Exstirpation grossen Segen bringe. In der Stadt, wo man den Patienten beliebig oft controlliren kann, rächt sich eine abwartende Behandlungsmethode lange nicht so, wie auf dem Lande; hier sei eine Exstirpation lieber früher als später vorzunehmen.

Daran anknüpfend spricht Dr. Reinhard über Erkrankungen des Thränenapparates, speciell über seine Erfahrung in der operativen Behandlung dieser Erkrankungen beim Trachom der Conjunctiva.

Die Mitbetheiligung des Thränensackes bei dem trachomatösen Processe der Conjunctiva ist bisher zu wenig beachtet

worden, und führt Ref. auch darauf in vielen Fällen die häufige Erfolglosigkeit der Trachombehandlung zurück. Eine genaue Untersuchung der Thränenwege ist bei jedem Trachomfall vorzunehmen. Da die Thränensackschleimhaut auch gleich der Conjunctiva der Lider trachomatös erkrankt, so kann sie in vielen Fällen als Ausgangspunct einer Reinfection der ausgeheilten Conjunctiva aufgefasst werden. Eine conservative Behandlung mit Sonden, Ausspülungen etc. führt höchstens nur in den Anfangsstadien zu günstigem Resultate; sobald in den abführenden Thränenwegen narbige Schrumpfungen und Ectasien aufgetreten sind, versagt diese Behandlung. Wenn auch manchmal mit viel Ausdauer und Geduld ein Erfolg erzielt wird, so ist er selten anhaltend. Nur eine Entfernung des Thränensackes führt in solchen Fällen zum Ziel. Das Trachom der Conjunctiva und die trachomatösen Hornhautaffectionen heilen nachher bei entsprechender Behandlung auffallend schnell. Referent hat in ca. 120 Fällen von verschlepptem Trachom den Thränensack entfernen müssen und keine üble Folgen davon gesehn. Bei narbig veränderter Conjunctiva stellt sich vermehrter Thränenfluss fast nie ein. War er belästigend, so wurde eine Entfernung der Lidthränendrüse nachher vorgenommen. Letztere Operation an eine jede Exstirpation des Thränensackes anzuschliessen, hält Referent für überflüssig, zumal da auch bei völlig intacter Conjunctiva nach einer Exstirpation des Thränensackes in der Mehrzahl der Fälle die Thränenabsonderung sich in mässigen Grenzen hält. Nach der Thränensackexstirpation spielt eine gewisse Rolle der mechanische Verschluss der Communication zwischen dem Conjunctivalsacke und der Nasenhöhle, deren Affectionen ja so häufig sind und durch Vermittelung des Thränennasenganges auf den Conjunctivalsack übertragen werden können.

Die Exstirpationstechnik war meist die von Kuhnt angegebene, welche auch kosmetisch ausgezeichnete Resultate giebt. Als besonders wichtig betont Referent eine gleichzeitige Verödung der Thränenröhrchen, sei es mit einem scharfen Löffel oder mit dem Galvanokauter.

4. Dr. Brackel (a. G.) lässt sich an der Hand des ihm zur Operation übergebenen, von Dr. Goldberg seiner Zeit hier im Verein demonstrirten Falles von Enchondroma myxomatosum über die Knorpelgeschwülste im Allgemeinen und die Aetiologie derselben im Speciellen aus.

(Der Vortrag ist inzwischen in der «St. Petersb. med. Woch.» erschienen).

Dr. S. Prissmann,
z. Z. Secretär.

Vermischtes.

— Prof. Dr. K. Dehio hat in der letzten Sitzung der Naturforscher-Gesellschaft in Jurjew (Dorpat) sein Amt als Präsident dieser Gesellschaft in Folge von Zeitmangel niedergelegt. Die Versammlung votirte Prof. Dehio ihren Dank für seine Thätigkeit als Präsident und wählte ihn per acclamationem zum Ehrenmitgliede der Gesellschaft. Ebenfalls per acclamationem wurden, wie die «Nordl. Ztg.» mittheilt, sodann gewählt: Zum Präsidenten der bisherige Vicepräsident Prof. G. Lewizki, zum Vicepräsidenten der bisherige Secretär Prof. N. Andrussow, und zum Secretär Prof. N. Kusnezow.

— Am 2. (15.) März beging der bekannte Generalstabsarzt der preussischen Armee und Director der Kaiser Wilhelms-Academie für das militär-medicinische Bildungswesen, ordentlicher Honorarprofessor der Berliner Universität, wirkl. Geheimrath Ober-Medicinalrath Dr. Alwin v. Coler seinen 70. Geburtstag. Unter den zahlreichen Ehrungen, die v. Coler zu diesem Tage dargebracht wurden, ist die Begründung einer «Bibliothek von Coler» zu erwähnen, welche eine Sammlung von Werken aus dem Bereich der medicinischen Wissenschaften mit besonderer Berücksichtigung der militär-medicinischen Gebiete darstellt. Von dieser «Bibliothek v. Coler», deren Herausgeber der Generalarzt Dr. Schjerning ist, sind, wie wir der «Allg. med. C.-Ztg.» entnehmen, bereits 6 Bände erschienen, welche Abhandlungen von den Professoren v. Behring, Zuntz, Trautmann, H. Fischer und andere enthalten.

— Zum Präses der Staats-Prüfungscommission bei der medicinischen Facultät der Moskauer Universität ist der Decan der medicinischen Facultät der Kiewer Universität, Prof. Tichomirow (Anatom) ernannt worden.

— Dem Corpsarzt des abgetheilten Corps der Grenzwache Dr. Schapirow und dem Professor Dr. Alexander Poehl ist das Officierskreuz des französischen Ordens der Ehrenlegion verliehen worden.

— Der Senat hat die Verfügung der Odessaer Duma, betreffend die Entlassung des Oberarztes der Odessaer städtischen Irrenheilanstalt Dr. B. Schpakowski von diesem Amte, als ungerechtfertigt aufgehoben.

— Dr. Richard Peters, Ordinator am hiesigen Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg, hat, behufs Erlangung der Venia legendi an der Militär-Medicinischen Akademie, am 3. März seine erste Probevorlesung über Kinderkrankheiten in der Conferenzsitzung der Akademie gehalten.

— Ordensverleihung: Der St. Annen-Orden 2. Classe — dem Abtheilungschef der Klinik für Nerven- und Geisteskrankheiten beim klinischen Militärhospital, Staatsrath Dr. Paul Rosenbach.

— Verabschiedet: Der Curatorgehilfe der Ussatschewschen Tschernjawski-Mädchenschule in Moskau, Staatsrath Dr. v. Stein, unter Beförderung zum wirkl. Staatsrath.

— Verstorben: 1) In Talsen der dortige praktische Arzt Dr. Carl Stavenhagen im Alter von nahezu 80 Jahren. Der Hingeschiedene stammte aus Kurland und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat (1839 und 1840) und Königsberg erhalten. Seine ärztliche Thätigkeit begann er vor nunmehr 55 Jahren in Goldingen, war dann längere Zeit Landarzt und zugleich Gutsbesitzer in Kurland und zuletzt freipracticirender Arzt in Talsen. — 2) Am 5. März in Nikopol (Gouv. Jekaterinosslaw) der frühere Militärarzt Dr. Hugo Blumenthal im 43. Lebensjahre. Aus Livland gebürtig, bezog B. im Jahre 1875 die Dorpater Universität, an welcher er sich bis 1882 dem Studium der Medicin widmete. Nach Erlangung der Doctorwürde im Jahre 1884 war er Assistent der psychiatrischen und chirurgischen Klinik zu Dorpat, siedelte aber bereits im nächstfolgenden Jahre nach Wilna über, wo er bis 1899 als Ordinator am Militärhospital fungirte. Im vorigen Jahre liess er sich nach mehrmonatlichem Aufenthalt in St. Petersburg als praktischer Arzt in Nikopol nieder. — 3) In Mentone am 2. März der ältere Arzt der hiesigen Konstantin-Militärschule, wirkl. Staatsrath Dr. Nikolai Senkewitsch im 70. Lebensjahre. Der Verstorbene hat die ärztliche Praxis fast 45 Jahre ausgeübt. — 4) Am 3. März in Peterhof der Sanitätsarzt Dr. Casimir Judizki im Alter von 50 Jahren. — 5) In Breslau der bekannte Badearzt aus Karlsbad Dr. W. Spitzer im Alter von 38 Jahren an einer Influenzapneumonie. Der Verstorbene ist auch mehrfach literarisch hervorgetreten.

— Am 11. März wurde hier der VIII. Congress der Landschaftsärzte des St. Petersburger Gouvernements, welcher 8 Tage dauern wird, eröffnet. Zu Präsidenten wurden der Professor der Militär-Medicinischen Akademie Schidlowski und der Director des Instituts für Experimentalmedicin, Prof. Lukjanow gewählt.

— Am vorigen Sonntag fand hier die feierliche Eröffnung des neuen Vereins zur Fürsorge für Geisteskranke in Gegenwart von zahlreichen Psychiatern statt. Zum Präsidenten der Festsitzung wurde der Leibchirurg Dr. Hirsch gewählt. Dr. Nishegorodzew wies in einem längeren Vortrage über die Aufgaben der neuen Gesellschaft darauf hin, dass in Russland von den auf dem Lande registrirten 139,500 Geisteskranken nur 12,466 von den Landschaften verpflegt werden, während in England und Schottland 83—99 pCt. der Geisteskranken angemessene Verpflegung finden.

— In der Odessaer Gesellschaft russischer Aerzte, in deren Generalversammlung der Medicinalinspector Dr. Korsch vor Kurzem eine Gedächtnissrede auf Prof. Manassein hielt, hat Prof. Podwyssotzki den Vorschlag gemacht, ein Capital zur Stiftung eines Manassein-Stipendiums bei der Odessaer medicinischen Facultät zu sammeln. (Odess. Now. — Wr.)

— Prof. Dr. Garré in Rostock ist zum Nachfolger des nach Wien übersiedelnden Professors Dr. v. Eiselsberg auf dem Lehrstuhl der Chirurgie an der Königsberger Universität ernannt worden.

— Der langjährige Leiter der gynäkologischen Poliklinik im Reisingerianum in München, Prof. extraord. Dr. Joseph Amann, hat diese Stellung wegen vorgerückten Alters aufgegeben.

— Die Gesellschaft zur Fürsorge für Geisteskranke im Gouvernement Estland, welche 546 Mitglieder zählt und bereits über ein Vermögen von 159,100 Rbl. verfügt, hat in ihrer Generalversammlung am 9. März beschlossen, den Bau der Irrenanstalt in Reval, deren Kosten auf ca. 200,000 Rbl. veranschlagt sind, sofort zu beginnen. Zugleich wurde zum künftigen Leiter der Anstalt, nachdem Dr. E. Weiss erklärt hatte, eine eventuelle Wahl nicht annehmen zu können, von den drei Bewerbern Dr. Ernst v. Kügelgen, z. Z. Ordinator an der St. Petersburger Irrenanstalt St. Panteleimon, gewählt. — Dr. v. Kü-

gelgen ist nach Absolvirung des Studiums in Dorpat zunächst ein Jahr Assistent an der Privat-Nervenheilanstalt des Dr. v. Holst in Riga und dann ein Jahr in derselben Eigenschaft an der Irrenanstalt Rothenberg bei Riga thätig gewesen und hat seine gegenwärtige Stellung seit dem Juni 1899 inne. -- Das Gehalt des leitenden Arztes an der neuen für ca. 80 Patienten berechneten Irrenanstalt in Reval wurde von der Versammlung der Mitglieder auf 3000 Rbl. festgesetzt bei freier Wohnung, Beheizung und Beleuchtung.

— Die Odessaer balneologische Gesellschaft hat auf den Vorschlag des Professors Podwyssotzki beschlossen, um die Einberufung des II. allrussischen Congresses nach Odessa im Herbst des Jahres 1903 zu petitioniren.

— In Charkow wird eine Privatheilanstalt für Frauen nach dem Muster der englischen Frauenhospitäler errichtet werden. Es sind zu diesem Zweck bereits circa 40,000 Rbl. gesammelt worden. Die Leitung des Hospitals solle weiblichen Aerzten übertragen werden und ist als erste lebenslängliche Directrice des Hospitals dessen Gründerin, die Aerztin E. S. Drenteln in Aussicht genommen.

— In Berlin hat sich eine otologische Gesellschaft gebildet, welche am 6. (19.) März zu ihren Vorsitzenden die Professoren Lucae und Trautmann und zu Schriftführern Prof. Jacobson und Sanitätsrath Dr. Schwabach gewählt hat. (Allg. med. C.-Ztg.).

— Mit dem 1. April scheidet Prof. Mendelsohn aus der Redaction der «Zeitschrift für Krankenpflege und ärztliche Polytechnik». Prof. H. Reineboth (Halle) übernimmt die Redaction der «Zeitschrift für Krankenpflege» und Dr. R. Rosen (Berlin) die Redaction der «Aerztlichen Polytechnik».

— Die ärztliche Leitung der Dr. Brehmer'schen Heilanstalt für Lungenkranke in Görbersdorf hat Dr. J. Petri, früherer Assistent Brehmer's, übernommen.

— Vom Medicinaldepartement sind die Statuten einer chirurgischen und gynäkologischen Privatklinik der Aerzte Reichstein und Wawelberg in Warschau bestätigt worden.

— Der III. allrussische odontologische Congress wird in Odessa vom 22.—27. Juli 1902 stattfinden.

— Wie der «Herold» mittheilt, sind vom Medicinaldepartement drei neue Apotheken in St. Petersburg concessionirt worden, und zwar auf der Wiborger Seite am Sampssonjewski-Prospect, auf der Petersburger Seite an der Dworjanskaja und auf den Pesski.

— Hochherzige Spende. Der Gutsbesitzer W. F. Luginin in Wetiuga (Gouv. Kostroma) hat sich bereit erklärt, der örtlichen Kreislandschaft das von seinem Vater im Kirchdorfe Roshdestwenskoje errichtete und mit seinen Mitteln unterhaltene Hospital abzutreten und zur Sicherstellung des Unterhalts des Hospitals noch 200,000 Rbl. zu spenden.

— Pestnachrichten. Die Pest nimmt in Capstad bereits einen recht ernsten Charakter an. Der auf die Eur päer entfallende Procentsatz der Erkrankungen wächst mi jedem Tage. In Simonstown ist ein Soldat des Regi ments der Königin an der Pest erkrankt und ein Marine beamter ebendaselbst daran verstorben. Auch im Lager von Greenpoint soll ein Infanteriesoldat und ein Mann der Fes tungsartillerie an der Pest erkrankt sein.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 3. März d. J. 8825 (303 wen. als in d. Vorw.), darunter 412 Typhus — (4 wen.), 1002 Syphilis — (65 wen.), 400 Scharlach — (11 mehr), 119 Diphtherie — (2 wen.), 62 Masern — (0 mehr) und 20 Pockenkranke — (2 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 25. Februar bis zum 3. März 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
344	291	635	185	86	98	26	14	23	58	59	63	49	51	40	13	0

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 16. Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 4, Scharlach 12, Diphtherie 26. Croup 0, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 21, Erysipelas 2, Grippe 5, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 104, Tuberculose anderer Organe 26, Alkoholismus und Delirium tremens 5. Lebensschwäche und Atrophia infantum 45, Marasmus senilis 17, Krankheiten der Verdauungsorgane 24. Todtgeborene 24.

◆ **Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 20. März 1901.**

◆ **Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 9. April 1901.**



Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Schwester Const. Schmidt, Петерб. ст. Матвѣевская ул. д. 9, кв. 20.

Schwester Elise Tenisson, Невскій просп. д. 136, кв. 13.

Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau **Marie Kubern**, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Берта Федоровна Панова, Спасская ул. д. 24, кв. 7.

Frau **Amalie Schulz**, фонтанка № 137 кв. 119.

Frau **Gülzen**, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 10.

Frau **Hasenfuss** Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Frau **Catharine Michelson**, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Ольга Свѣтлова, Сергіевск., д. 17, кв. 19.

Bad Homburg v. d. Höhe

im Taunus, 26 Minuten von Frankfurt a. M.
Sieben Mineralquellen. Zwei Eisenquellen. **Luftkurort ersten Ranges.** Gut eingerichtete Badehäuser mit **natürlich., kohlensäurereichen, eisenhaltigen Kochsalzbädern,** Fichtennadel- und Moorbädern, Soolsprudelbädern, elektr. Lichtbädern, Inhalatorium. Winterkur. Sämmtliche Räume des Kurhauses **auch im Winter geöffnet.** Wohnungen bei grossem Comfort den modernen hygienischen Anforderungen entsprechend.

Mineralwasser-Versand während des ganzen Jahres.
= Broschüre und Prospecte durch die Kur- und Badeverwaltung. =
(45) 6—1.

GUBER-QUELLE

Wirksamstes Eisen, Arsen-Wasser, gegen Blutarmuth, Frauenkrankheiten, Nerven- und Hautkrankheiten etc.

Zu haben in allen Mineralwasserhandlungen, Apotheken und Droguerien.
(31). 26—2.

ARENSBURG,

Insel Oesel, Gouvernement Livland.
Schlammbadeanstalt Weise, gegr. 1840.
Saison: 20. Mai bis 20. August.

Auskünfte ertheilen die Aerzte der Anstalt: Director der Anstalt Herr **Dr. R. Bursian,** St. Petersburg, Troitzki № 29, Herr **Dr. M..wald** Arensburg. Alle näheren Auskünfte ertheilt die Anstalt bereitwilligst u. sendet auf Wunsch Prospecte gratis.
(30) 3—2.

Zur Behandlung des acuten Gichtanfalls
sowie aller anderen durch harnsaure Diathese bedingten Beschwerden ist

SIDONAL

das klinisch und wissenschaftlich best erprobte Mittel.

Tägliche Dosis im Anfall 5 Gramm mindesten.

Literatur steht kostenlos zu Diensten.

Benno Jaffé & Darmstaedter, Lanolinfabrik,
Martinikenfelde bei Berlin.
(42) 43—2.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen
Keuchhusten, Kehlkopf- u. Bronchialkatarrh.

Zu beziehen in Flaschen von ca. 250 gr. Inhalt durch jede Apotheke.
Literatur: siehe Therapeutische Beilage Nr. 7 d. D. med. Wochenschr. Nr. 27 (98); Nr. 56 d. A. M. C. Z. (99); Nr. 29 d. A. B. C. (99); Nr. 17 der Wiener Med. Bl. (1900).
Hergestellt in der **Kommendanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16.
Dépôts: **Apotheker Ad. Marcinczik, Kiew**
und **Apotheker H. Bierstümpfel, Warschau,** Marszalkowska 133.
(20) 26—5.

ARENSBURG. Inssel Oesel (Livland).

„Neue Heil- und Schlammbadeanstalt".
Gegründet 1883.
Saison 20. Mai bis 20. August.

Nähere Auskünfte ertheilen bereitwilligst die Aerzte der Anstalt: Dr. **Victor Schultz,** St. Petersburg, Was. Ostr., 7. Linie 40, W. 1, täglich ausser Sonntags von 2—3 Uhr; vom 20. Mai ab in Arensburg, Schloss-Strasse 11, Haus Baron Nolcken; Dr. **G. Carstens,** Arensburg, Grosse Hafenstr., eigenes Haus; Dr. **A. Baron Sass,** Arensburg, Gouvernements-Strasse 9.
(40) 3—2.

Das Handelshaus von ALEXANDER WENZEL, St. Petersburg, Erbsenstrasse 33.
Haupt-Niederlage,
Lieferant f. d. Landschaft, Regimenter, Krankenhäuser, Apotheken u. Droguengeschäfte

Verband-Material, Bandagen, Magenwärmer, Wachstuch, Schwämme, Pinseln, Thermometer (Maximal-, Zimmer- u. Fenster-). Barometer, Areometer, Alcoholometer, Brillen, Pince-nez, Binocles, Lorgnettes für's Theater. Katheter, Bougies, Pulverisatore zur Zimmerpulverisation u. für die Desinfection.

ЦЕНТРАЛЬНОЕ ДЕПО ПЕРЕВЯЗОЧНЫХЪ ПРЕДМЕТОВЪ

Instrumente zu Verbänden zur Amputation, für Accoucheure u. s. w. Sätze für Aerzte und Feldscheerer. Zahnschlüssel, Zangen und Zubehör. Instrumente für Veterinairärzte. Schienen. Kopf- u. Zahnbürsten. Guttapercha- u. Hornkämme. Utensilien für die Massage.

Hauptagenturen für Milchmehl u. condensirte Milch von **G. Nestle in Vevey.**

Mikroskope Ernst Leitz

zu Fabrikpreisen empfiehlt **Moritz Goldberg,** St. Petersburg, Woskressenskaja № 11.
(33) 1—1.

gelgen ist nach Absolvirung des Studiums in Dorpat zunächst ein Jahr Assistent an der Privat-Nervenheilanstalt des Dr. v. Holst in Riga und dann ein Jahr in derselben Eigenschaft an der Irrenanstalt Rothenberg bei Riga thätig gewesen und hat seine gegenwärtige Stellung seit dem Juni 1899 inne. — Das Gehalt des leitenden Arztes an der neuen für ca. 80 Patienten berechneten Irrenanstalt in Reval wurde von der Versammlung der Mitglieder auf 3000 Rbl. festgesetzt bei freier Wohnung, Beheizung und Beleuchtung.

— Die Odessaer balneologische Gesellschaft hat auf den Vorschlag des Professors Podwyssotzki beschlossen, um die Einberufung des II. allrussischen Congresses nach Odessa im Herbst des Jahres 1903 zu petitioniren.

— In Charkow wird eine Privatheilanstalt für Frauen nach dem Muster der englischen Frauenhospitäler errichtet werden. Es sind zu diesem Zweck bereits circa 40,000 Rbl. gesammelt worden. Die Leitung des Hospitals solle weiblichen Aerzten übertragen werden und ist als erste lebenslängliche Directrice des Hospitals dessen Gründerin, die Aerztin E. S. Drenteln in Aussicht genommen.

— In Berlin hat sich eine otologische Gesellschaft gebildet, welche am 6. (19.) März zu ihren Vorsitzenden die Professoren Lucae und Trautmann und zu Schriftführern Prof. Jacobson und Sanitätsrath Dr. Schwabach gewählt hat. (Allg. med. C.-Ztg.).

— Mit dem 1. April scheidet Prof. Mendelsohn aus der Redaction der «Zeitschrift für Krankenpflege und ärztliche Polytechnik». Prof. H. Reineboth (Halle) übernimmt die Redaction der «Zeitschrift für Krankenpflege» und Dr. R. Rosen (Berlin) die Redaction der «Aerztlichen Polytechnik».

— Die ärztliche Leitung der Dr. Brehmer'schen Heilanstalt für Lungenkranke in Görbersdorf hat Dr. J. Petri, früherer Assistent Brehmer's, übernommen.

— Vom Medicinaldepartement sind die Statuten einer chirurgischen und gynäkologischen Privatklinik der Aerzte Reichstein und Wawelberg in Warschau bestätigt worden.

— Der III. allrussische odontologische Congress wird in Odessa vom 22.—27. Juli 1902 stattfinden.

— Wie der «Herold» mittheilt, sind vom Medicinaldepartement drei neue Apotheken in St. Petersburg concessionirt worden, und zwar auf der Wiborger Seite am Sampssonjewski-Prospect, auf der Petersburger Seite an der Dworjanskaja und auf den Pesski.

— Hochherzige Spende. Der Gutsbesitzer W. F. Luginin in Wetluga (Gouv. Kostroma) hat sich bereit erklärt, der örtlichen Kreislandschaft das von seinem Vater im Kirchdorfe Roshdestwenskoje errichtete und mit seinen Mitteln unterhaltene Hospital abzutreten und zur Sicherstellung des Unterhalts des Hospitals noch 200,000 Rbl. zu spenden.

— Pestnachrichten. Die Pest nimmt in Cap
bereits einen recht ernsten Charakter an. Der auf die
päer entfallende Procentsatz der Erkrankungen wächst
jedem Tage. In Simonstown ist ein Soldat des
ments der Königin an der Pest erkrankt und ein Ma
beamter ebendaselbst daran verstorben. Auch im Lager
Greenpoint soll ein Infanteriesoldat und ein Mann der
tungsartillerie an der Pest erkrankt sein.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civ
hospitälern St. Petersburgs betrug am 3. M
d. J. 8825 (303 wen. als in d. Vorw.), darunter 412 Typhus
(4 wen.), 1002 Syphilis — (65 wen.), 400 Scharlach — (11 meh
119 Diphtherie — (2 wen.), 62 Masern — (0 mehr) und
Pockenkranke — (2 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 25. Februar bis zum 3. März 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.
344	291	635	185	86	98	26	14	23	58	59	63	49	51	40	13

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 16, Febris recurrens 0, Typhus
ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 4, Scharlach 1
Diphtherie 26, Croup 0, Keuchhusten 3, Croupöse Lungen-
entzündung 21, Erysipelas 2, Grippe 5, Cholera asiatica
0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheu-
matismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax
Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie
Tuberculose der Lungen 104, Tuberculose anderer Organe 2
Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und
Atrophia infantum 45, Marasmus senilis 17, Krankheiten der
Verdauungsorgane 24, Todtgeborene 24.

◆ **Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 20. März 1901.**

◆ **Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 9. April 1901**

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Schwester Const. Schmidt, Петерб. ст. Матвѣевская ул. д. 9, кв. 20.
Schwester Elise Tenisson, Невскій просп. д. 136, кв. 13.
Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
Берта Федоровна Панова, Спасская ул. д. 24, кв. 7.
Frau Amalie Schulz, фонтанка № 137 кв. 119.
Frau Gülzen, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 10.
Frau Hasenfuss Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.
Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Ольга Свѣтлова, Сергіевск., д. 17, кв. 19.

Дозв. ценз. Спб., 16 Марта 1901 г. Herausgeber **Dr. Rudolf Wanach.** **Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.**

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 12 St. Petersburg, (6. April) 24. März 1901

Dreizehnter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte

Der XIII. Aerztetag der Gesellschaft Livl. Aerzte wird in Riga am 19., 20. und 21. Juni a. c. stattfinden.

Diejenigen Collegen, welche Vorträge zu halten wünschen oder bereit sind, die unter ihrer Leitung stehenden Krankenhäuser resp. Kliniken zu demonstriren, werden gebeten, ihre diesbezüglichen Anmeldungen spätestens bis zum 1. Mai c. an mich gelangen zu lassen.

d. Z. Präses der Gesellschaft Livländ. Aerzte,
Dr. M. Treymann
(Riga, Thronfolger-Boulevard Nr. 3).

Die Ausstrahlungen oder Mitempfindungen und Reflexe im Gebiet des Sympathicus und ihre physiologischen Grundlagen.

Von
Dr. Max Buch,
Chefarzt des finnischen Dragoner-Regiments in Willmanstrand (Finnland).

1. Ausstrahlungen und Reflexe.

Ausstrahlungen aus einem Gebiet des Sympathicus sowohl in ein anderes als auch in cerebrospinale Nerven sind seit langer Zeit bekannt. In Gooch's[1]) Fällen von «irritable uterus» z. B. sind mehrere charakteristische Ausstrahlungen beschrieben. Astley Cooper's[2]) Fälle von irritable testis zeigen ebenfalls wohl ausgeprägte Ausstrahlungen, sowohl spontane als auch bei Druck auf den Hoden und Samenstrang. Auch die zuerst von Schützenberger[3]) beschriebenen und später von Charcot[4]) näher studirten Erscheinungen der Ovarie sind Ausstrahlungen aus dem Gebiet der Pl. hypogastrici inff. in die Geflechte des Epigastriums bis hinauf zum Halssympathicus.

Bei Marion Sims[5]) finden wir folgende Fälle beschrieben: Eine Frau litt an einem heftigen Schmerz in der linken Hüfte, nahe am Gelenk, der sie mehrere Jahre lang am Gehen verhinderte. Als die Uterussonde den inneren Muttermund passirte, klagte die Patientin über schreckliche Schmerzen, verlegte diese jedoch gänzlich in die linke Hüfte. Durch Erweiterung des Cervicalcanals und Einspritzung einiger Tropfen Glycerin in die Gebärmutterhöhle trat bald Heilung ein. In einem anderen Falle von Endometritis wurde ein beständiger Schmerz in der linken Hüfte und der linken Inguinalgegend gefühlt. Selbst bei möglichst sanfter Berührung des Cervicalcanals schiesst sofort ein lebhafter Schmerz in die linke Hüfte. Eine andere Patientin von Sims klagte neben anderen Zeichen eines Uterinleidens über Schmerz in der linken Ovarial- und in der epigastrischen Region, sowie in der linken Mamma. Auf das sanfte Einführen der Sonde in den Cervicalcanal folgte plötzlich ein heftiger Schmerz, welcher intensiver wurde, sobald die Sonde den Fundus uteri erreichte, letzterer bildete das Centrum, von welchem der Schmerz gegen die anderen oben erwähnten Brennpunkte ausstrahlte.

Eine ähnliche Beobachtung beschreibt Quincke[6]) nach der mündlichen Mittheilung Glaeveckes. Eine 23jährige Frau, 0 para, klagt über zeitweilige Schmerzen im Unterleibe, im Kreuz und in der Mamma. Der Uterus ist klein, retroflectirt, die Parametrien frei. Als behufs Erhebung des Uteruskörpers die Sonde eingeführt wird, klagt Pat. beim Passiren des inneren Muttermundes über Schmerzen oberhalb der Symphyse und

[1]) Rob. Gooch: An account of some of the most important diseases peculiar to woman. 2. ed. London 1831. S. 299. Cap. V.: Of the irritable Uterus.

[2]) Sir Astley Cooper: Observations on the structure and diseases of the testes. 2 ed. London 1849. S. 110—134.

[3]) Schützenberger: Recherches cliniques sur les causes organiques et le mécanisme de production des affections hystériques. Gazette med. de Paris. 1846, p. 718 ff., 768 ff., 899 ff.

[4]) Charcot: Leçons sur les maladies du système nerveux 1872—1873. rec. et ed. par Bourneville.

[5]) Marion Sims: Klin. d. Gebärmutterchirurgie. Deutsch von Beigel. 3. Aufl. Erlangen 1873.

[6]) H. Quincke: Ueber Mitempfindungen und verwandte Vorgänge. Zeitschr. f. klin. Med. 17. Bd. 1890. S. 431—451.

in der Mamma. Die Schmerzen sollen den früher gefühlten durchaus gleichen und treten bei wiederholtem Einführen der Sonde immer ebenso in der Mamma auf. Nach Einlegen eines Pessars bleiben die Beschwerden aus.

Bei Druck auf das eine Ovàrium wurde Prof. Werth, nach einer mündlichen Mittheilung an Quincke, öfter Schmerzempfindung in der Gegend des anderen Ovarium angegeben, doch war es häufig nicht möglich, die Mitempfindung bei wiederholtem Versuch beliebig hervorzurufen. — In einem Falle von Chroback[7]) konnte durch Druck auf das linke Ovarium Schmerz in der beweglichen Niere und umgekehrt hervorgerufen werden. In Burkart's[8]) und Talma's[9]) Fällen von nervöser Dyspepsie mit Druckschmerz an den Lendengeflechten finden sich stets Ausstrahlungen, welche den spontanen Beschwerden der betreffenden Patienten gleichen.

Auf Ausstrahlungen von der empfindlichen Leber in die Gegend der Magengrube und des unteren Sternum hat Glénard[10]) aufmerksam gemacht. Auf Mitempfindungen in entfernten Gebieten der Bauchhöhle bei Druck auf einen entzündeten Wurmfortsatz weisen Fowler[11]), Foges[11]), Nothnagel[12]) hin. Obrastzow[13]) beschreibt in allerneuester Zeit eine grössere Anzahl Fälle von Mitempfindungen im Bereich der Bauchhöhle, somit im Bereich des Sympathicus und betont das Räthselhafte dieser Erscheinung.

Ueber Ausstrahlungen aus dem Gebiet des Sympathicus in cerebrospinale Nerven liegen werthvolle Beobachtungen von Kyri[14]) vor. Er stellte fest, dass bei Druck auf den Sympathicus häufig ausgestrahlter Schmerz an gewissen Puncten cerebrospinaler Nerven empfunden wird, und dass an diesen Stellen Druckschmerzpuncte der betreffenden Nerven sich befanden. Beobachtungen über Mitempfindungen an cerebrospinalen Nerven bei Reizung des Sympathicus sind in der Literatur hier und da zahlreich verstreut, und immer wird wie von Sims und Quincke die Unerklärlichkeit derselben hervorgehoben.

Kyri aber betont die gesetzmässigen Beziehungen zwischen dem gesammten Sympathicus und dem gesammten cerebrospinalen Nervensystem und erklärt diesen Zusammenhang durch die Rami communicantes: «Der Sympathicus beherrscht Segment für Segment das cerebrospinale Nervensystem». Diese Idee ist übrigens schon sehr viel früher durch Henle[15]) ausgesprochen und ausgeführt worden. Auch ist damit eigentlich keine Erklärung, sondern nur der in der That bestehende Zusammenhang zwischen den sensiblen Elementen des Sympathicus und den cerebrospinalen sensiblen Nerven ausgesprochen. Eine solche Erklärung versuchen wir im nächsten Abschnitt zu geben und beschränken uns hier zunächst auf die Schilderung der von uns beobachteten Ausstrahlungen.

[7]) Chroback: Sitzungsber. der geburtshilfl. gynäkol. Gesellschaft in Wien. 1889. S. 14.
[8]) R. Burkart: Neurasthenia gastrica. 1882. S. 35—51.
[9]) Talma: Zur Pathologie des Bauchfellsympathicus. Deutsche med. Wochenschr. 1889.
[10]) Glénard: La Presse méd. 1899. Nr. 41. Citirt von Obrastzow.
[11]) Fowler, Foges, citirt von Nothnagel und Obrastzow.
[12]) Nothnagel: Die Erkrankungen des Darms und Peritoneums. S. 670, cit. v. Obrastzow.
[13]) W. Obrastzow: Ueber das Verlegen der Schmerzempfindungen in der Bauchhöhle. Arch. f. Verdauungskrankheiten. Bd. VI, H. 3, 1900. S. 285.
[14]) Kyri: Beziehungen des cerebrospinalen Nervensystems zu den Functionen und Erkrankungen der Geschlechtsorgane etc. Verh. d. deutsch. Gesellsch. f. Gynäkol. 5. Congr. zu Breslau 1893. S. 385.
[15]) Henle: Pathologische Untersuchungen. Berlin 1840.

Die grossen Geflechte des Sympathicus, namentlich die an der Lendenwirbelsäule belegenen, sind ungemein häufig bei sehr verschiedenen Krankheitszuständen, vornehmlich Chlorose, Neurasthenie Hysterie, Frauenkrankheiten, Infectionskrankheiten etc., Sitz von Hyperästhesien. Durch Druck, welcher durch die Bauchdecken hindurch auf diese hyperästhetischen Geflechte ausgeübt wird, ruft man in diesen Fällen Schmerz hervor. Da diese Geflechte die Körper der Lendenwirbelsäule und Bauchaorta dicht umspinnen, so tritt der Druckschmerz auf, wenn die Geflechte durch die untersuchenden Finger gegen die Lendenwirbelsäule gedrückt werden, im Moment also, wo der Finger die Wirbelsäule erreicht, weshalb ich diese Druckhyperästhesie des Sympathicus der Kürze halber Wirbelweh (WW) genannt, weil scheinbar die Wirbel druckempfindlich sind.

Dieser Druck auf hyperästhetische Theile des Sympathicus ruft nun ungemein häufig nicht nur localen Schmerz hervor, sondern bedingt sehr oft auch Ausstrahlungen theils in andere Gebiete des Sympathicus, theils in cerebrospinale sensible Nerven.

Da diese Neigung des Sympathicusschmerzes, sich in Irradiationen auszubreiten, nur aus pathologischen Thatsachen erkannt werden kann, ist sie den Physiologen meist unbekannt.

Nur in einem von den zahlreichen Lehrbüchern der Physiologie, die ich durchsucht, findet sich eine Andeutung darüber und zwar erwähnt sie Bernstein[16]) mit den Worten: «Die Leitung ist eine wenig isolirte, das Irradiationsgebiet ein sehr weites».

Ich gebe im Folgenden zunächst eine summarische Beschreibung der von mir beobachteten Irradiationen und hoffe dann eine ausreichende physiologische Erklärung derselben liefern zu können.

Wir betrachten zunächst die Ausstrahlung in die nächste Umgebung der gereizten Stelle. Es kann hier geradezu das Gefühl einer strahlenden Ausbreitung der Schmerzen von der Druckstelle aus nach allen Seiten hin entstehen: «wie eine Sonne, deren Strahlen aus lauter Nadeln beständen», beschrieb ein Patient dieses Gefühl, oder «als ob der Bauch plötzlich voller Nadeln stäke» drückte ein anderer sich aus.

Diese sonnenartig allseitig ausstrahlende Empfindung ist auch in physiologischer Beziehung wichtig; sie ist zunächst unvereinbar mit der Annahme, als ob die wenigen myelinhaltigen Fasern der Bauchhöhle allein die Empfindungen derselben vermitteln; es ist ferner höchst unwahrscheinlich, dass diese Mitempfindungen durch Vermittelung der grauen Substanz des Gehirns und Rückenmarks und Projection in die Bauchhöhle zu Stande kommen: es ist im Gegentheil höchst wahrscheinlich, dass diese sonnenartige Ausbreitung des Schmerzes durch unmittelbare Miterregung benachbarter Gebiete des Sympathicus selbst zu Stande kommt, und dass von all diesen miterregten Theilen des Sympathicus directe Mittheilung zum Gehirn erfolgt, wie wir im nächsten Abschnitt genauer ausführen werden.

In anderen Fällen macht sich eine ausstrahlende Mitempfindung an entfernteren Stellen nur in wenigen oder einer Richtung geltend, wo dann der Charakter des localen Schmerzes von dem des ausgestrahlten ganz verschieden sein kann.

Bekanntlich sind bei allen Formen der nervös dyspeptischen Störungen oder sogenannten nervösen Magenkrankheiten, bei denen die Hyperästhesie des Sympathicus meist anzutreffen ist, sensible Störungen in den verschiedensten Organen eine ganz gewöhnliche Erscheinung, ja bei näherem Zusehen sogar bestimmt die Regel, z. B. Neuralgien oder neuralgiforme Schmerzen in den

[16]) Jul. Bernstein: Lehrbuch der Physiologie. Stuttgart 1894. S. 554.

verschiedensten Nervenstämmen, besonders häufig den Intercostalnerven, Kopfschmerzen in den verschiedensten Formen, Sodbrennen, Angstgefühle in der Herzgegend etc. Wichtig ist es nun, dass häufig *alle diese, meist dem Sympathicus, zum Theil den cerebrospinalen Nerven angehörigen sensiblen Störungen an denselben Stellen und in derselben Form, wie sie bei den betreffenden Personen spontan vorkommen, durch Druckreizung des hyperästhetischen Sympathicus künstlich hervorgerufen werden können. Der Zusammenhang dieser sensiblen Störungen mit dem Sympathicus ist dadurch in unzweifelhafter Weise dargethan.*

Wenn man den Sympathicus mit seinen Geflechten in mehrere grosse Abschnitte theilt, Hals-, Brust-, Bauch-, Becken-Sympathicus, so hat jeder derselben im Allgemeinen sein eigenes Ausstrahlungsgebiet, ohne jedoch auszuschliessen, dass gelegentlich Uebergriffe in fremde Gebiete vorkommen; so z. B. ist es ganz gewöhnlich, dass man vom Bauchsympathicus aus Ausstrahlungen in das Strahlungsgebiet des Halssympathicus, namentlich in den Kopf, hervorrufen kann, seltener vom Halssympathicus hinab in den Bauch und das Strahlungsgebiet des Lendensympathicus, bisweilen bis in die Fusszehen hinab.

Der Bauchsympathicus ist vor allen als in jeder Beziehung am wichtigsten anzusehen, da er einerseits in allerinnigster Beziehung zum ganzen Heer der nervösen Magendarmstörungen steht, und andererseits die meisten Neuralgien und viele vasomotorischen Störungen von ihm abhängen; er nimmt auch mit seinen vielen wichtigen und ausgedehnten Geflechten sowohl in Raum wie in Masse den ersten Platz ein, ich beginne daher mit der Schilderung dieses Abschnittes, zugleich die Beckengeflechte mit einbeziehend, da diese in so nahem Zusammenhange mit dem Bauchsympathicus stehen.

Der Grad des Druckschmerzes ist sehr verschieden und braucht die Zahl und Wichtigkeit der Ausstrahlungen nicht nothwendig in directem Verhältniss zur Stärke des localen Wirbelwehs zu stehen. Die locale Druckempfindlichkeit kann bisweilen ganz erheblich sein, ohne dass es gelingt Ausstrahlungen hervorzurufen, während in anderen Fällen wieder die reichsten Ausstrahlungen bei verhältnissmässig unbedeutender örtlicher Empfindlichkeit ausgelöst werden können; im Allgemeinen aber kann man die Regel aufstellen, dass *die Zahl und Heftigkeit der Ausstrahlungen ungefähr in directem Verhältniss zur Stärke des Wirbelwehs* steht. Es kommt auch vor, dass bei derselben Person an einem Tage zahlreiche Ausstrahlungen beobachtet werden und ein anderes Mal wieder gar keine bei fortbestehender Hyperästhesie. Die Ausstrahlungen von Geflecht zu Geflecht sind die häufigsten.

Die gewöhnlichste Ausstrahlung dürfte die ins Epigastrium sein. Am häufigsten wird sie vom Pl. hypogastricus sup. (letzter Lendenwirbel) aus hervorgerufen, kann aber auch gelegentlich von jedem anderen Geflecht des Bauchsympathicus ausgehen, nicht gar zu selten auch vom hyperästhetischen Uterus, vom Pl. hypogastricus inf., vom Ovarium aus etc. Sie wird gewöhnlich in der Magengrube localisirt und ist als Ziel derselben wohl der Pl. coeliacus anzunehmen.

Die Magenwand kann es meist nicht sein, da die ausgestrahlte Empfindung in der Regel örtlich sehr begrenzt ist, nur in seltenen Fällen ist das ganze Epigastrium Ziel der Ausstrahlung, ohne dass der Magen selbst druckempfindlich ist. In den allermeisten Fällen, wo die Ausstrahlung in die Magengrube besteht, kommen auch spontan Schmerzen an derselben Stelle vor und gehen dann gemeiniglich unter dem Namen Cardialgie, bisweilen ohne dass örtliche Druckempfindlichkeit besteht; diese Bezeichnung Cardialgie ist jedoch total unrichtig einfach schon deshalb, weil die Cardia sich nie an dieser Stelle befindet, sondern unter normalen Lageverhältnissen links oben von der Magengrube, während der sog. cardialgische Schmerz sich in der Mittellinie im Epigastrium hält. Diese Localisation behält er auch bei der Gastroptose bei, wo es ganz besonders deutlich wird, dass er mit der Cardia und überhaupt mit dem Magen nichts zu thun hat. Nicht so selten strahlt der Schmerz auch über die Magengrube hinaus bis in die Mitte des Brustbeins hinauf, ja bis zum Jugulum hin, derart, dass der ausgestrahlte Schmerz auf dieser ganzen Strecke als ein empfindlicher Strang empfunden wird. Der Schmerz wird in die Tiefe der Brust verlegt, wenn einseitig, so meist in die Gegend des Brustbeinrandes, meist des linken oder sogar etwas nach aussen von diesem, offenbar entsprechend der seitlichen Lage des Brustsympathicus oder vielleicht den Herzgeflechten. In anderen Fällen ist diese Ausstrahlung begleitet von Globus hystericus, der gleichzeitig durch den Druck hervorgerufen von der Bauchhöhle aus zum Halse hinaufsteigt. In einer weiteren Reihe von Fällen wird durch Druck auf den Lendensympathicus zu gleicher Zeit Ausstrahlung nach oben bis hinauf zum Halse und nach unten bis herab zum Steissbein ausgelöst; bemerkenswerth ist, dass bei vielen dieser Kranken diese durch die ganze Länge des Sympathicus schiessenden Schmerzen auch spontan vorkommen. Die beiden folgenden Fälle mögen als Beispiel für viele dienen.

Fall 1. Sehr anämischer an Lungenemphysem und chronischem Bronchialcatarrh leidender Arbeiter von 53 Jahren. Das Leiden begann vor etwa 2 Monaten mit Schmerzen im Gesäss beiderseits, wenn er Abends vom Holzfällen kam, Anfangs bei allgemeinem Wohlbefinden. Dann gesellte sich ein Schmerz hinzu, der bei jeder Bewegung vom Gesäss in die Herzgrube hinaufstrahlte und weiter längs der Mitte der Brust bis zum Halse besonders stark rechts, so dass er zur Arbeit untauglich wurde. Seit etwa 6 Wochen starker Husten. Schlafsucht besonders im Beginn der Krankheit.

Der Kranke ist äusserst anämisch und abgemagert, wachsgelbe Gesichtsfarbe, Kraftlosigkeit, energielose Bewegungen, kein Fieber. Heftiges Wirbelweh, Ausstrahlungen: 1) Bei Druck auf den Lendensympathicus unterhalb des Nabels (Pl. hypogastricus sup.) ins Epigastrium und die Herzgrube. 2) Oberhalb des Nabels beiderseits in den Rücken unter die Schulterblätter beiderseits. 3) *Nabelhöhe, rechte Wirbelwölbung — Ausstrahlung in Form eines heftigen Schmerzes, der vom Gesäss in die Herzgrube und längs dem Brustbein bis zum Halse hinaufschiesst, genau wie beim spontanen Schmerze, wie Patient ungefragt angiebt.* 4) Dieselbe Stelle links — dieselbe Ausstrahlung vom Gesäss bis zum Halse, nur schwächer, ausserdem aber Ausstrahlung in den linken Hoden.

Stuhl normal, täglich, kein Erbrechen, kein Aufstossen. Vollständige Appetitlosigkeit. Processus spinosi der beiden untersten Brustwirbel etwas druckempfindlich.

Fall 2. Gefängnisswärter, 33 Jahre alt, nervöse Dyspepsie. Krank seit 8 Monaten. Hauptsächliche Klage Schmerzen um den Nabel, die besonders nach dem Essen zunehmen, und wenn sie besonders heftig sind hinauf in die Brust schiessen und hinunter in die rechte Leistenbeuge. Kein Aufstossen, kein Erbrechen oder Ueblichkeit; schlechter Appetit. Stuhlverhaltung.

Heftiges Wirbelweh auf der ganzen Lendenwirbelsäule. Ausstrahlung: Genau der beschriebene hinauf in die Brust und hinunter in die Leistenbeuge schiessende Schmerz kann hervorgerufen werden durch Druck auf die rechte Seite der Wirbelwölbung in Nabelhöhe.

Als Grundlage dieser durch die ganze Länge des Sympathicus schiessenden Ausstrahlung kann wohl nichts anderes angesehen werden als der Grenzstrang selbst. Die Ausstrahlung in den After dürfte auf den Pl. haemorrhoidalis zu beziehen sein. Eine weitere häufige Ausstrahlung ist die in die Kreuzgegend. Meist können hier auch *Valleix*'sche Druckpunkte aufgefunden werden, was an die Hand giebt, dass die Austrittsstellen

der Sacralnerven und deren Rami cutan. sacrales das Ziel der Ausstrahlung bilden. Die Ausstrahlung ins Kreuz lässt sich häufig von den Pl. hypogastricis inff. aus erzielen durch Druck auf das Kreuzbein von vorneher, per vaginam oder rectum oder durch das Betasten der Seitentheile des kleinen Beckens per vaginam, oder des Beckeneinganges von vorne durch die Bauchdecken, häufig aber auch von anderen Theilen des Lendensympathicus aus, am häufigsten von einem ziemlich begrenzten Punkte an der seitlichen Wölbung des Wirbelkörpers etwas oberhalb des Nabels, also etwa auf dem Seitentheil des ersten oder zweiten Lendenwirbels. Zumal links lässt sich von diesem Punkte die erwähnte Ausstrahlung besonders häufig hervorrufen; doch wird sie nicht so selten von den verschiedensten Orten der Lendenwirbelsäule aus erzeugt, besonders vom letzten Lendenwirbel und Promontorium aus.

In nicht so seltenen Fällen wird bei Druck auf einen bestimmten Wirbelkörper der Schmerz geradezu gegenüber in den Rücken verlegt. Lässt man den Patienten dann den Finger auf den schmerzhaften Punkt des Rückens legen, so bezeichnet er in der Regel einen Punkt neben dem Dornfortsatz desselben Wirbels, auf dessen Körper von vorn her der Druck ausgeübt wird. Es kann dies der 2., 3., 4. bez. 5. Lendenwirbel oder das Kreuzbein, ja auch das Steissbein sein. Die Dornfortsätze der entsprechenden Wirbel sind bisweilen druckempfindlich aber nicht immer, auch können nicht immer Druckpunkte an den betreffenden Stellen des Rückens neben den Darmfortsätzen nachgewiesen werden. Ziemlich häufig wird der Druckschmerz des Wirbelwehs auch in der Wirbelsäule selbst localisirt, weibliche Patienten klagen dann bisweilen über das Gefühl, als ob sie «in der Mitte durchgebrochen würden», wenn man die Wirbelsäule von vorne berührt.

Diese Ausstrahlungen erklären das Rücken- und Kreuzweh, an welchem so viele Patienten leiden. Namentlich Kreuzweh oder Kreuzschwäche, Empfindlichkeit ja geradezu Schmerz bei Bewegung, beim Bücken, bei gewissen Lagen, ist ein ziemlich häufiges Symptom der Neurasthenie sowohl bei Männern als bei Weibern, immerhin aber bei Frauen überwiegend häufig, besonders bei Störungen von Seiten des Uterus und seiner Adnexe, Catarrhen, Entzündungen, Lageveränderungen, wo in der Regel auch der Beckensympathicus mit afficirt ist. Vom chronisch entzündeten oder einfach hyperästhetischen Ovarium und parametrischen Strängen aus kann man ebenfalls bisweilen Ausstrahlung sowohl in das Kreuz als auch in die Magengrube erzielen. Namentlich bei Retroversio und Retroflexio uteri werden die Beschwerden direct durch Druck des Organes auf den hyperästhetischen Sympathicus hervorgerufen. Man denke nur wie häufig gerade Frauen mit Retroversio und -flexio uteri über das Gefühl von «Kreuzschwäche» beim Bücken, Kreuzschmerzen und Gefühl von «Durchbrochensein» klagen. Beim Bücken wird eben das Organ Lageveränderungen unterworfen, gegen das Kreuzbein beziehungsweise die hyperästhetischen Pl. hypogastrici inferiores gedrückt und ruft so Druckwirbelweh mit Ausstrahlung ins Kreuz und andere Theile des Körpers sowie verschiedene Reflexe hervor, kurz das Heer der nervösen Erscheinungen, die bei Lageveränderungen nicht selten beobachtet werden. Eine Bedingung für das Zustandekommen derselben ist jedoch das Vorhandensein von Hyperästhesie des Sympathicus. Dies löst den in den letzten Jahren wieder entflammten Streit über die Schädlichkeit oder Unschädlichkeit der Lageveränderungen der Gebärmutter, zumal derjenigen nach hinten: Bei vollständigem Fehlen von Hyperästhesie des Sympathicus haben dieselben keinerlei schädlichen Einfluss auf das Nervensystem und Allgemeinbefinden; bei bestehender Hyperästhesie des Beckensympathicus dagegen, sie mag aus welcher Ursache immer entstanden sein, trägt das dislocirte Organ durch den Druck, den es auf die hyperästhetischen Geflechte ausübt, nur immer weiter bei zur Verschlimmerung der krankhaften Erregung des Sympathicus und aller damit verknüpften oft schweren Leiden.

Dadurch findet auch die unbestreitbare Thatsache ihre Erklärung, dass durch Immobilisirung des verlagerten Organs die Leiden oft gemildert oder aufgehoben werden, ein Umstand, der oft als Beweis für die Schädlichkeit der Rückwärtsverlagerung des Uterus angeführt worden.

Auch die Geburtswehen sind ja, wie schon Brachet[17]) hervorhob, zum grossen Theil nur WW mit seinen Ausstrahlungen, hervorgerufen durch den Druck des contrahirten brettharten Organes theils auf die umgebenden, theils auf die intramuralen starken Geflechte. Bei völligem Fehlen einer Hyperästhesie dieser Geflechte sind die Wehenschmerzen sehr gering und um so stärker, je bedeutender die Hyperästhesie des Sympathicus.

Hierdurch erklärt sich der bei Naturvölkern oft beobachtete und bisweilen auch bei civilisirten Frauen vorkommende geringe Wehenschmerz sowie der Umstand, dass bei derselben Frau die Wehenschmerzen bei einer Entbindung ganz gering, bei einer anderen sehr heftig sein können, ohne dass entzündliche Veränderungen an den Generationsorganen oder andere erklärende Momente, auffallend grosse Furcht u. dergl., vorzuliegen brauchen.

Viel seltener als ins Kreuz und die Druckpunkte gerade gegenüber an der Lendenwirbelsäule findet die Ausstrahlung in Punkte neben den Proc. spinosi der Brustwirbel hin statt, am häufigsten noch in einen Punkt, der etwa 4—5 Ctm. von der Wirbelsäule entfernt in der Nähe des inneren Randes des Schulterblattes etwas oberhalb des unteren Schulterblattwinkels (bei herabhängendem Arme) gelegen ist. An diesem Punkte lässt sich denn auch in der Regel ein Druckschmerzpunkt constatiren und bestehen fast stets spontane Schmerzen. Es ist das derselbe Schmerzpunkt, der sich so oft nach angestrengtem Stillen und auch sonst bei anämischen Frauen geltend macht und den Gynäkologen wohl bekannt ist. Neuerdings hat Faure[18]) dem an dieser Stelle ausgestrahlten Schmerz eine bedeutende diagnostische Wichtigkeit beigelegt. Er beobachtete nämlich in 2 Fällen von Durchbruch eines Ulcus rotundum in die Bauchhöhle einen heftigen Schmerz am Rücken neben der medialen Kante des Schulterblattes. Diesen Schmerz habe ich nicht selten vom oberen Theil des Lendensympathicus aus hervorgerufen und wäre es daher wohl möglich, dass eine beginnende Peritonitis an dieser Stelle eine solche Ausstrahlung zur Folge haben kann. Ich habe sie übrigens, wenn auch viel seltener, auch vom Halssympathicus aus hervorgerufen, auf der dem Druck entsprechenden Seite.

Häufig genug finden die Ausstrahlungen auch in grössere cerebrospinale sensible Nervenstämme statt, besonders in den Fällen, wo schon vorher neuralgische Schmerzen in diesen bestehen und strahlt dann der Druckschmerz häufig in die Valleix'schen Druckpunkte hin, ja noch mehr, ich habe mit einer einzigen Ausnahme in allen Fällen von Neuralgien, die mir nach

[17]) Brachet: Praktische Untersuchungen über die Functionen des Sympathicus. Uebers. a. d. Franz. 1834.

[18]) J. L. Faure: La douleur thoracique dans la péritonite par pérforation de l'estomac. Semaine méd. 1901 Nr. 4, p. 25.

Entdeckung der Hyperästhesie des Sympathicus überhaupt zu Gesicht gekommen, stets mehr oder weniger starkes Wirbelweh constatiren können, ohne aber jedes Mal Ausstrahlungen in den afficirten Nerven erzielen zu können. Auch in einigen Fällen von Abdominaltyphus, wo heftige Schmerzen «im ganzen Körper», besonders aber in den Extremitäten geklagt wurden, konnte ich ausserordentlich heftiges Wirbelweh mit Ausstrahlungen in die Nervenstämme der Extremitäten feststellen. Hervorgehoben zu werden verdient auch, dass bei einseitiger Neuralgie das Wirbelweh der betreffenden Seite bedeutender zu sein pflegt als auf der anderen, wo es ganz fehlen kann.

Von sensiblen Gehirn-Rückenmarksnerven ist weiter der N. genito-cruralis und zwar besonders der genitale Zweig desselben zu nennen, Ausstrahlung in die grossen Schamlippen bei Frauen, in Penis, Samenstrang und Hoden bei Männern und zwar gewöhnlich auf der dem Druck entsprechenden Seite, oft bestehen spontane Schmerzen in den betreffenden Theilen. Die Ausstrahlung in den Hoden ist übrigens wohl zumeist als Geflechtsausstrahlung in den Pl. spermaticus aufzufassen. Ferner ist Ausstrahlung in die Austrittsstelle des N. cruralis unter dem Poupart'schen Bande und in manchen Fällen längs der ganzen inneren Vorderseite des Oberschenkels nicht selten. Weitere Ausstrahlung in den N. cutaneus femoris ext. theils im ganzen Verlauf längs der inneren Seite der Darmbeinschaufel und auf der äusseren vorderen Seite des Oberschenkels bis zum Knie, theils nur an der Austrittsstelle des Nerven unterhalb der Spina ilei anterior superior. Ausstrahlungen endlich in den N. ischidiacus sind zu erwähnen, manchmal längs dem ganzen Nerven bis zu den Zehen, manchmal aber nur an gewisse Druckpunkte. Diese Ausstrahlungen habe ich von den verschiedensten Theilen des Lenden- und Beckensympathicus aus beobachtet; in den meisten dieser Fälle bestehen spontane Schmerzen in den betreffenden Nerven, jedenfalls sind die Valleix-schen Druckpunkte der Nerven, in welche Ausstrahlung hervorgerufen werden kann, fast stets druckempfindlich.

In höher gelegene cerebro-spinale Nervenstämme finden vom Lendensympathicus aus nur selten Ausstrahlungen statt, zu den Intercostalnerven z. B., welche bei nervöser Dyspepsie so häufig Sitz spontaner Neuralgien sind. Dies beruht wohl darauf, dass sie ihre sympathischen Fäden vom Brustsympathicus erhalten, welcher der directen Untersuchung nicht zugängig ist. Immerhin gelingt es bisweilen auch diese Neuralgie vom Lendensympathicus aus in Form der Ausstrahlung zu erzeugen, besonders ein Punkt genau im Winkel zwischen Proc. xiphoideus und Ansatz der 7. Rippe ist gelegentlich Sitz der Ausstrahlung; hier besteht dann meist auch spontan Neuralgie und ein Valleix'scher Druckpunkt. Dieser Punkt ist überhaupt häufig Sitz spontaner Neuralgien, besonders links, und giebt nicht so selten Anlass zur Verwechselung mit Cardialgie. Weiter ist eine Ausstrahlung in die oberen Theile der Brust bis in die Schultern hinein zu erwähnen. Sie ist häufiger auf der linken als auf der rechten Seite zu beobachten, häufig beschränkt sie sich auf die Herzgegend, wo dann in der Regel ähnliche Schmerzen auch spontan vorkommen, in anderen Fällen schiesst sie bis zum Schlüsselbein in die Gegend des Pl. brachialis, ja in die Schulter, in den Oberarm und auf die hintere Seite der Schulter hinauf. Auch in diesen Theilen kommen dann häufig ähnliche Schmerzen spontan vor. Diese Ausstrahlungen erklären auch die bei Leberschwellungen nicht selten beobachteten und bisher unerklärten Schulterschmerzen; es sind Ausstrahlungen vom Pl. hepaticus.

Ausstrahlungen in den Kopf gehen gewöhnlich vom Halssympathicus, häufig vom Bauchsympathicus und bisweilen, namentlich bei Gebärmutterleiden, auch von der Pl. hypog. inff. aus, doch kann gelegentlich bei gewissen sehr ausgeprägten Fällen von habituellem Kopfschmerz die Ausstrahlung in den schmerzenden Theil von sämmtlichen erreichbaren Theilen des Sympathicus aus hervorgerufen werden, wodurch der innige Zusammenhang von nervösen Verdauungsleiden und Kopfschmerzen seine Erklärung erhält. Die Ausstrahlung wird häufig als durch Brust und Hals zum Kopfe hinaufschiessend geschildert und giebt sich hier in der Regel als dumpfer Druck zu erkennen, häufig in der Form des Clavus hystericus mitten auf dem Scheitel oder aber als Stirnkopfschmerz oder als Nackenschmerz. Oft wird auch behauptet, der Schmerz fahre durch den Nacken in den Scheitel oder in die Stirn. Fast stets wird man dann bei näherer Untersuchung auch Schmerzpunkte an den betreffenden Stellen finden, an beiden Occipitalnerven und ihren Zweigen am Hinterkopf, den Zweigen der beiden Schläfennerven in der Schläfengrube und dem N. supraorbitalis und frontalis. In vereinzelten Fällen endlich betrifft die Ausstrahlung eine ganze Kopfhälfte, besonders Nacken, Ohr (Plexus tympanicus?), Stirn und Auge (Gangl. ciliare?).

Während die bisher geschilderten Ausstrahlungen alle schmerzhafter Natur waren, fasse ich schliesslich mehrere abweichende Empfindungen und Reflexe in eine letzte Categorie zusammen.

In mehreren Fällen wurde durch Druck auf den Lendensympathicus Gefühl von Prickeln und Vertaubung an der oberen Extremität verursacht, besonders an den Fingern, in einigen Fällen ganz regelmässig, in anderen hin und wieder. In allen diesen Fällen, meist Frauen betreffend, litten die Patienten auch spontan an denselben krankhaften Empfindungen. Sehr häufig ferner wird durch Druck sowohl auf den Lenden- als den Halssympathicus Globus hystericus hervorgerufen, sowohl bei Männern als bei Frauen. Grösstentheils bestand dann auch spontan dasselbe Gefühl. Meist wird dasselbe so geschildert, als ob durch den Druck auf die Wirbelsäule «ein Stück» oder ein Druckgefühl im Epigastrium, seltener im Hypogastrium entstehe, das sich durch die Brust bis zum Halse hinauf bewege und sich dort festsetze, häufig mit dem Gefühl der «Zusammenschnürung» des Halses, so dass der Kranke glaubt, nicht schlucken zu können, ob er es gleich unbehindert thut. Bisweilen entsteht dies Globusgefühl auch gleich im Halse. Das künstliche Globusgefühl hält sich gewöhnlich nur kurze Zeit, höchstens einige Minuten.

Nicht selten wird während des Druckes auf den Lendensympathicus ein eigenthümliches schmerzhaftes Angstgefühl in der Herzgegend beobachtet, ähnlich dem stenocardischen Anfall, so dass der Patient voll Entsetzen vom Lager aufspringt. Burkart[19]) beschreibt schon einen derartigen Fall und ich habe mehrere gesehen; in allen bestanden auch spontane Anfälle ganz desselben Angstgefühles. Ein sehr ähnliches eigenthümlich drückendes Qual- oder Wehgefühl entsteht auch in der Tiefe der Brust gegenüber dem Brustbein. Es tritt spontan auf als Symptom der Neurasthenia sympathica und kann durch Druck auf den Lendensympathicus künstlich erzeugt werden. Die spontanen Anfälle werden in manchen Fällen durch Aufstossen gemildert. Es besteht mithin, abgesehen vom schwächeren Grade der Erscheinungen, grosse Aehnlichkeit mit den echten stenocardischen Anfällen.

[19]) R. Burkart: Zur Pathologie d. Neurasthenia gastrica. Bonn 1882, Fall 5.

In einigen Fällen, in denen spontan das Gefühl von Lufthunger bestand, wurde dies durch Druck auf den Sympathicus bedeutend verstärkt; im letzteren Falle konnte der Athmungstypus unverändert bleiben oder es wurde durch den Druck auf den Sympathicus zugleich Athmungsstillstand in Inspirationsstellung hervorgerufen.

In mehreren Fällen wurde durch Druck auf den Lendensympathicus charakteristisches Sodbrennen, Pyrosis erzeugt; ja in einem Falle hielt dasselbe sich, nachdem es durch den Druck hervorgerufen war, mehrere Stunden. In zweien dieser Fälle wurde zugleich eine reichliche Speichelsecretion beobachtet, ja in einem derselben, der meinen Assistenten, med. Cand. H. betraf, konnte bei geöffnetem Munde deutlich beobachtet werden, wie bei jedem Druck auf den Lendensympathicus aus den Ausführungsgängen beider sublingualen Speicheldrüsen ein Strahl Speichel entleert wurde. Dies erklärt die bekannte Erscheinung des reichlichen Speichelflusses während des gastralgischen Anfalls, besonders aber bei Hypersecretion und -acidität. In seltenen Fällen wird durch Druck auf den Lendensympathicus Hustenreiz im Halse und vereinzelte Hustenstösse hervorgerufen. Es ist dies der Grund des sog. Magenhustens (Bull[20])) des Leber- und Milzhustens (Naunyn[21])) der Tussis uterina (Profanter) etc.; doch ist die Ausstrahlung viel häufiger beim Halssympathicus, weshalb wir dort noch darauf zurückkommen.

Hervorgehoben zu werden verdient, dass meistens mehrere Ausstrahlungen beim selben Patienten vorkommen, sogar vom selben Puncte aus, meist aber von verschiedenen Puncten des Lendensympathicus aus und dann in den buntesten Combinationen.

Auch Ausstrahlungen von der einen Seite des Lendensympathicus in ein Geflecht der anderen Seite kommen vor; dann ist dies letztere Geflecht fast stets Sitz spontaner Schmerzen oder Schmerzanfälle.

Vom Brustsympathicus ist nur das oberste Ganglion der Untersuchung zugängig, das ausserdem in der Regel mit dem untersten Halsganglion zu einem verflochten ist, wir wollen daher nur den Halssympathicus in Betracht ziehen.

(Schluss folgt).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. Spitzer. Ueber Migräne. Jena, 1901. G. Fischer).
Der Autor giebt uns in seiner Monographie eine recht aus-
führliche Besprechung der bisher giltigen Migränetheorieen
und erklärt sie zum Schluss alle für ungenügend. Da aber
seiner Ansicht nach Mangels genauer anatomischer Kennt-
nisse die Schaffung neuer Theorieen berechtigt ist, so be-
schenkt uns Sp. mit einer ebenso neuen wie originellen Hy-
pothese über Sitz und Wesen der Hemicranie. Diese Hypo-
these lautet folgender Massen: «Der Migräneanfall ist ein
durch acuten und vorübergehenden Verschluss des Foramen
Monroi und consecutive Hirnschwellung hervorgerufener Symp-
tomencomplex und die der andauernden Disposition zu dieser
flüchtigen Verschliessung zu Grunde liegende relative Stenose
jener Oeffnung ist das Wesen der Migränekrankheit». Nun
wird jeder Unbefangene fragen, woher stammt denn diese
pathologisch-anatomische Erkenntniss? Wie gross ist das
Material, auf das sich der Autor stützt? Da muss man ihm
leider antworten, dass von Beobachtungen am Sectionstisch
hier kein mal die Rede ist, dass die ganze Beweisführung
sich in dem Gehirn des Autor's als logischer (oder phantasti-
scher) Vorgang abspielt. Trotzdem ausdrücklich auf den
Mangel jeder pathologisch-anatomischen Grundlage bei Beur-
theilung der Migräne aufmerksam gemacht wird, spricht der
Verf. ganz ausführlich von entzündlichen Erscheinungen,
Sclerosirung in der Umgebung des Foramen Monroi, abnorme
Enge und schliessliche Erweiterung desselben als Ursache des
Sistirens der Anfälle; auch von Verwachsungen der Pia mit
dem Cortex über den Sehcentren, die zu den Auraerscheinun-
gen Veranlassung geben sollen, ist die Rede, aber alle diese
Dinge existiren vorläufig nur in der Phantasie des Autors.
Woher diese merkwürdigen Verwachsungen über den Seh-
centren stammen sollen und aus welchem Grunde diese Ver-
änderungen so oft grade über den Sehcentren der mit einem
engen Monroi'schen Loch begabten Unglücksmenschen ent-
stehen sollen, davon spricht Herr Spitzer allerdings nicht.
Ganz consequent sind die Angaben auch nicht überall, so
wird beispielsweise auf S. 46 die Dauer der Aura als gewöhn-
lich sich über einige Minuten erstreckend bezeichnet, später-
hin auf S 99. Anm. 237 heisst es aber die Aura dauere (im
Gegensatz zu der secundenlangen epileptischen) volle 20—30
Minuten. Ref. würde auf derartige kleine Widersprüche kein
Gewicht legen, wenn die Angaben nicht in jedem einzelnen
Fall zur Stütze oder Widerlegung von Behauptungen
dienten.

Wie dem auch sei, eine genauere Kritik würde uns zu weit
führen, wir hoffen, dass der Autor wenigstens in Zukunft
bestrebt sein wird, uns bindendere Beweisgründe zu schaffen, als
die reine Speculation. Zum Schluss dürfen wir nicht verfehlen
auf die sorgfältigen und zahlreichen Literaturangaben des
Verfasser's hinzuweisen und empfehlen das Buch der kriti-
schen Durchsicht unserer Fachcollegen.

Voss.

[20]) E. Bull: Om Mavehoste. Klinisk Aarbog, III, Kristiania 1886, S. 45.

[21]) Naunyn: Zur Lehre vom Husten, Deutsches Archiv für klinische Medicin XXIII, 1879.

Auszug aus den Protokollen der Gesellschaft practischer Aerzte zu Libau.

Sitzung vom 1. Juni 1900.

1. Frl. Dr. Gordon (a. G.) stellt ein Kind von 4 Wochen
vor, das bald nach der Geburt einen Blasenausschlag aufwies,
von dem auch jetzt noch Residuen in abgetrocknetem Zustand
gut zu erkennen sind. Referentin ist geneigt, diesen Fall für
Lues zu erklären, um so mehr als die Mutter des Kindes bei
der letzten (dritten) Niederkunft ein todtgeborenes Kind zur
Welt brachte.

Dr. Prissmann meint, Syphilis komme zwar in Frage,
sei aber mit ziemlicher Sicherheit auszuschliessen; er hält den
Krankheitsfall für Pemphigus neonatorum simplex. Schon dass
die Blasen in der ersten Lebenswoche zum Vorschein kamen,
spricht einigermassen gegen Lues, noch mehr, dass die Handteller
und Fusssohlen die ganze Zeit über frei blieben. Auch dass
eine ausgesprochne Cachexie, Coryza und alle sonstigen An-
haltspuncte für die Existenz einer hereditären Lues fehlten,
spricht für den einfachen Pemphigus.

2. Dr. Prager referirt über einen von ihm in seiner
Praxis beobachteten Fall von Durchbruch eines Kothsteines
ins Abdomen mit nachträglicher diffuser Peritonitis und Axen-
drehung einer Dünndarmschlinge (nur 180°). Die Laparotomie
wurde am 5. Erkrankungstage von Dr. Brackel ausgeführt.
Der Fall beansprucht in soweit ein erhöhtes Interesse, als
man den stärksten Schmerz und die grösste Auftreibung
immer links und etwas nach oben vom Nabel constatiren
konnte, während die Coecalgegend anscheinend frei war. Die
Laparotomie klärte erst das ganze Bild auf. Durchbrochen
war der Processus vermiformis.

Weiter berichtet Dr. Prager über einen etwas ungewöhn-
lichen Selbstmord, wobei ein Mann sich in der Weise mit
einer 16 mm. calibrigen Hasenflinte umbrachte, dass er, die
Stirn auf den Flintenlauf stützend, losdrückte. Die Verletzung
war hochgradig: das ganze Schädeldach war zerschmettert,
im Zimmer zerstreut, das Gehirn weit von der Leiche fortge-
schleudert.

3. Dr. Hildebrand (a. G.) hält einen Vortrag über
Hypnotismus und Suggestion. (Ein Autoreferat war nicht zu
erlangen)

4. Dr. Forestier praesentirt die Zeichnungen einer Missge-
burt, die er vor einigen Tagen zu sehen Gelegenheit hatte.
Es handelt sich um einen Acardiacus acephalus. Leider ist
eine Demonstration zwecklos, da der rudimentäre Foetus
secirt wurde und dadurch recht unkenntlich geworden ist.
Als Acardiacus bezeichnet man eine sehr unvollkommne Miss-
geburt, die herzlos ist. Dieser Fall ist in sofern etwas ab-
weichend als eine Herzanlage vorlag. Unter den Acardiaci ist
der Acardiacus acephalus der häufigste; — der Thorax bei
demselben ist rudimentär, Becken und anliegende Theile sind
ausgebildet.

Dr. Zoepfel (a. G.) hat der Section der Missgeburt beige-
wohnt. Das nicht ganz ausgebildete Herz lag tief über der
linken Beckenhälfe, die Leber befand sich im Becken, ein
Zwerchfell war nicht vorhanden, auch die Milz fehlte. Das
Gefässsystem war normal entwickelt.

Dr. Michelson erinnert bei der Gelegenheit an
eine seltne Missgeburt, die er vor einiger Zeit zu be-
obachten Gelegenheit hatte. Referent hat seiner Zeit die
Missgeburt mehreren Collegen demonstrirt. Es handelte
sich um einen Fall von Ectopia cordis. Das pulsirende
Herz lag ausserhalb des Thorax in der Gegend der linken

Brustwarze. Systole und Diastole konnten mit aller Genauigkeit beobachtet werden. Das Kind sonst normal entwickelt, lebte 4 Tage. Dr. Michelson beabsichtigt den Fall demnächst eingehend zu beschreiben.

Sitzung vom 3. August 1900.

1. Dr. Jagdhold demonstrirt das Spirituspräparat eines Myoms, das er auf vaginalem Wege aus dem Uterus entfernt hat. Die Cervix wurde im Laufe von 8 Tagen durch Tamponade erweitert und zwar vermittelst Jodoformmarly. Der Uterus wurde vor die Vulva gezogen, um den Tumor eine Schlinge gelegt und letzterer exstirpirt. Zur Stillung der Blutung hat Referent eine 10 pCt. Gelatinelösung in den Tumor injicirt, worauf die Blutung prompt sistirte.

Dr. Goldberg meint, eine Dilatation durch Jodoformmarly bis zu dem Grade sei nur dem Umstande zuzuschreiben, dass im Uterus ein Fremdkörper vorhanden gewesen wäre. Bei leerem Uterus würde die Methode nicht diesen Erfolg haben.

2. Dr. Schmähmann demonstrirt eine Hundszecke (Ixodes ricinus L.), die am Hoden eines 2-jährigen Knaben so fest sass, dass sie nur mit Mühe entfernt werden konnte. Für gewöhnlich fallen die Zecken nach Betupfen mit Oel oder Benzin leicht ab.

3. Dr. Goldberg berichtet, dass er vor einigen Tagen einen Mann in Behandlung bekam, der in der Nähe des Thronfolgerhains (4 Werst von Libau entfernt) von einer Kreuzotter am Knöchel gebissen wurde. 3 Stunden nach dem Biss war die ganze untere Extremität bis zum Hüftgelenk geschwollen. Die Schwellung liess nach einigen Tagen ohne weitere Behandlung nach und Patient genas.

4. Dr. Forestier referirt folgenden Fall aus seiner Praxis. 3-jähriger, kräftiger, mit starkem Pan. adipos. versehener Knabe, klagt über Kopfschmerz, ist apathisch und fiebert seit 10 Tagen. Am Abend vor der Untersuchung ist aus dem rechten Ohr, welches bisher stets gesund gewesen ist, eine ziemlich continuirliche Blutung aufgetreten. Vor ca. 3 Wochen und dann auch vor einem Monat ist das Kind aus nicht unbeträchtlicher Höhe — es stürzte das eine Mal über ein hohes Bettende -- gefallen. Mehr ist wegen Unzuverlässigkeit der Wartefrau nicht zu erfahren, nur noch das, dass unmittelbar nach dem Fallen keinerlei Beschädigung oder Krankheitssymptom, speciell kein Erbrechen oder Ausfluss von Liqu. cerebro-spinalis bemerkt worden sind; erst vor 10 Tagen stellte sich Fieber ein, und der Hals begann äusserlich zu schwellen, besonders in den allerletzten Tagen soll die Schwellung gross geworden sein.

An der rechten Halsseite unter dem Processus mastoid. und hinter, sowie vor dem Muscul. sternocleidomast. findet sich eine breite, harte Schwellung von Kinderhand-Grösse. Die Haut der Schwellung ist nicht gefärbt, nicht schmerzhaft, Fluctuation nicht zu fühlen. Sonst weder am Halse, am Nacken und Schädel etwas Pathologisches wahrzunehmen, auch keinerlei von einem frühern Trauma herrührende Zeichen am Kopfe. Im rechten Gehörgang frisches, hellrothes Blut, das sehr spärlich auszufliessen scheint. Spuren von Eiter oder Erscheinungen einer Entzündung sind nicht zu bemerken. Das Blut scheint aus dem obern Rande des nicht entzündeten, sonst intacten Trommelfells zu kommen. Im Rachen frisches Blut, aus der Nase kein Blut. Temperatur 38,5°, Puls hochfrequent, kaum zählbar. Später besserte er sich jedoch soweit, dass eine ganz leichte Chloroform-Narcose möglich wurde. Die Athmung war garnicht erschwert. Es besteht etwas Nackensteifigkeit. Keine Erscheinungen, die auf eine Störung in der Function der Hirnnerven hinweisen, sowie überhaupt keine anderweitige Erkrankung objectiv nachweisbar ist. Da auch bei arteriellen Blutungen aus dem Ohr ein gleichmässiges Aussickern vorzukommen pflegt, und das Blut hellroth war, musste Ref. eine arterielle Blutung als vorliegend annehmen. Wo das Blut herstammte, war im Augenblick anzugeben unmöglich, — klar war blos, dass das Blut aus einem der Paukenhöhle benachbarten Gefäss in das Cavum tympani sich ergoss und von hier nach aussen drang. Es handelte sich also darum, die Unterbindung eines grössern zuführenden Blutgefässes vorzunehmen. Auf dem Transport ins Krankenhaus trat offenbar in Folge der Bewegung eine heftige Blutung ein, Tamponade des Gehörganges war erfolglos. Die Nothwendigkeit eines ernsteren Eingriffs war den Angehörigen hierdurch besonders demonstrirt, und trotz der total schlechten Prognose unterband Referent unter Assistenz von 2 Collegen die Carotis com. Erfahrungsgemäss ist es das Beste gleich diese zu unterbinden, nicht etwa die Carotis interna, da, wenn die Blutung der Art. meningea media entstammen würde, diese Unterbindung nichts nützen könnte.

Die Geschwulst erwies sich als hartes Drüsenpacket. Carotis und Jugularis waren, soweit übersehbar, ganz unversehrt. Es gelang, die Blutung zu stillen. Der Kopf wurde mit dicken Pappschienen nach Möglichkeit fixirt. In den nächsten 3 Stunden erholte sich das Kind zusehends, das Sensorium wurde frei, das Fieber fiel. Da — 3 Stunden nach der Operation — trat nach Angabe der dujourirenden Schwester, ohne dass irgendwelche heftige Bewegungen oder dergl. Veranlassung gegeben hätten, plötzlich eine colossale Blutung aus Nase, Mund und Ohr auf, und das Kind verschied in wenigen Augenblicken. Section wurde verweigert.

Dr. Forestier vermuthet, dass es bei einem Fall zu einer indirecten Verletzung, einer wenig ausgedehnten Schädelfissur, gekommen sei. Durch indirecte Gewalt ist wohl eine Wand des Canalis caroticus zersplittert worden, wobei das Blutgefäss bei den Bewegungen des Kopfes und den durch die Pulsation bedingten allmählich durchscheuerte, — so musste es eines Tages zur Blutung kommen. Schwerer ist das Fieber und die Drüsenschwellung zu deuten. Eine Meningitis ist ja in Anbetracht der Verletzungen nicht ausgeschlossen (Kopfschmerz, geringe Nackensteifigkeit). Die Drüsenschwellungen können vorher bestanden haben, darüber war nichts zu eruiren. Der vom Referenten vorgenommene operative Eingriff wird zwar in der Literatur als ultima ratio empfohlen, er bleibt jedoch meist durch den sich an der Gehirnbasis bildenden Collateralkreislauf nutzlos.

Im Anschluss an obigen Krankheitsfall spricht Ref. über Ohrblutungen im Allgemeinen.

Dr. S. Prissmann,
z. Z. Secretär.

Vermischtes.

Unsere Militär-Medicinische Academie hat eine Commission, bestehend aus den Professoren Danilewski, Beljarminow, Rein, Lebedew und Kossorotow, unter dem Vorsitz des Chefs der Akademie Tarenezki, zur Berathung der Frage eingesetzt, in welcher Weise die Akademie sich an dem bevorstehenden 80. Geburtstage (13. October n. St.) ihres Ehrenmitgliedes Professor Rudolph Virchow in Berlin betheiligen soll.

— Zu Präsidenten der Staats-Prüfungscommissionen beiden medicinischen Facultäten sind ernannt: für die Kiewer Universität — der Moskauer Professor der Anatomie Sernow und für die Charkower Universität — der Moskauer Professor der pathologischen Anatomie Klein.

— An dem Concurse zur Besetzung des durch die Ueberführung des Prof. J. W. Kostenicz nach St. Petersburg erledigten Lehrstuhls der Augenheilkunde an der Warschauer Universität wollen sich, dem «Westnik Oftalmologii» zufolge, die Privatdocenten W. N. Dolganow (St. Petersburg) I. E. Jegorow (Kasan), E. A. Nesnamow (Charkow) und A. F. Schimanowski (Kiew) betheiligen. (Wr.)

— Das neueingerichtete St. Petersburger städtische Sanitätsbureau hat am 1. März seine Thätigkeit eröffnet. Zum Leiter desselben ist der Sanitätsarzt des Roshdestwenski-Stadttheils Dr. W. I. Wersheiski, zu seinem Gehilfen Dr. Alexander Trachtenberg gewählt worden. Ausserdem sind die städtischen Sanitätsärzte I. R. Eliaschew vom Wiborger Stadttheil und W. I. Jazuta vom Spasski-Stadttheil dem Bureau zucommandirt worden,

— Verstorben: 1) Am 15. März in Mentone Dr. N. A. Ryshow im 50. Lebensjahre an einem Nierenleiden. Nach Absolvirung seiner Studien im Jahre 1880 war der Hingeschiedene hierselbst als Arzt thätig, bis er 1889 nach seiner Wahl zum Stadtverordneten und Mitglied des St. Petersburger Stadtamts sich ganz den communalen Angelegenheiten widmete. In den letzten Jahren war R. Director der hiesigen städtischen Creditgesellschaft. — 2) In Tobolsk der dortige Gouvernements-Medicinalinspector Dr. Nikolai Stroganow im 61. Lebensjahre. Die ärztliche Praxis hat er seit 1862 ausgeübt. — 3) In Kaluga der frühere Gouvernements-Medicinalinspector Dr. W. Kritschewski an den Folgen der Gesichtsrose im 78. Lebensjahre. Seit 55 Jahren als Arzt thätig, bekleidete der Verstorbene längere Zeit den Posten des Oberarztes am örtlichen Hospital und von 1869 bis 1893 das Amt des Kalugaschen Gouvernements-Medicinalinspectors. Zugleich war er seit der Gründung der Gesellschaft Kalugascher Aerzte (im Jahre 1862) ununterbrochen Präsident derselben. Der Heimgegangene erfreute sich grosser Beliebtheit in allen Schichten der Gesellschaft und war auch als Vorgesetzter und College hochgeachtet von den Aerzten des ganzen Kalugaschen Gouvernements. — 4) In München im 55. Lebensjahre der als medicinischer Geschichtsforscher bekannte Augenarzt Dr. Albrecht Berger, welcher mehrere die Augenheilkunde betreffende Werke aus dem Mittelalter, z. B. die «Practica oculorum» des Benvenuto Grapheus, herausgegeben hat.

— Am 20. März hat der bekannte Marinearzt Dr. Alexander v. Bunge in der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit einen Vortrag über das

Sanitätswesen der Spitzbergen-Expedition gehalten.

— Dem praktischen Arzt Dr. Albert Berkowitz ist vom Medicinaldepartement gestattet worden, in Riga auf Hagensberg eine Privatheilanstalt zu errichten.

— Der Gehilfe des Militär-Medicinalinspectors des Warschauer Militärbezirks, Staatsrath Dr. Larionow, und der Corpsarzt des 1. kaukasischen Armeecorps, wirkl. Staatsrath Dr. Protopopow, sind einer an die Stelle des Anderen versetzt worden.

— Zum Nachfolger des verstorbenen Directors der Strassburger Ohrenklinik Prof. Kuhn ist der bisherige Leiter der Klinik für Ohren-, Hals- und Nasenleiden an der Universität Breslau, Prof. Dr. Kümmel, berufen worden.

— An Stelle des nach Göttingen berufenen Prof. Verworn übernimmt der Assistent Dr. Noll aus Breslau die Assistentenstelle am physiologischen Institut in Jena.

— Auf der diesjährigen 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, welche vom 22. bis 28. September n. St. in Hamburg stattfinden wird, sollen aus den bisher bestehenden 38 Sectionen durch mehrfache Verschmelzungen deren 27 gebildet werden, um der immer mehr fortschreitenden Zersplitterung des Stoffes eine Grenze zu setzen.

— Von einer edelgesinnten Person, die nicht genannt zu werden wünscht, ist zum Besten der neugegründeten Gesellschaft zur Fürsorge für Geisteskranke dem Begründer derselben, Dr. Nishegorodzew, eine Spende von 25,000 Rbl. in 4proc. Staatsrente übergeben worden.

— Die Gattin des verstorbenen Medicinalinspectors der Anstalten der Kaiserin Maria Dr. W. W. Ssutugin hat der Moskauer Universität ein Capital von 15,000 Rbl. zur Verfügung gestellt, dessen Zinsen zur Stiftung von zwei Stipendien für Studenten der Moskauer medicinischen Facultät verwandt werden sollen. Die Stipendiaten müssen aber griechisch-orthodoxer Confession und aus dem Gouvernement Twer gebürtig sein!

— Der Entdecker des Leprabacillus, Dr. Gerhard Armauer Hansen in Bergen (Norwegen) feiert am 16. (29.) Juli seinen 60. Geburtstag. Die Freunde des berühmten Forschers haben beschlossen, seine Marmorbüste in dem Lungegaard-Hospital (in Bergen) aufzustellen, wo die Entdeckung stattgefunden hat. (Allg. med. C.-Ztg.)

— Als die Frage, betreffend die Gleichberechtigung der Realschul-Abiturienten im Jahre 1879 zum ersten Mal in Deutschland auftauchte, sprachen 97 pCt. der befragten ärztlichen Vereine des Deutschen Reiches sich dahin aus, dass es bei der humanistischen Ausbildung der Mediciner sein Bewenden haben solle. Jetzt, wo diese Frage wieder in Fluss gerathen ist, haben ebenfalls alle medicinischen Facultäten Deutschlands, mit einer Ausnahme, sich zu Gunsten der humanistischen Bildung ausgesprochen. Von den ständischen Vertretungen des ärztlichen Standes haben Bayern, Sachsen, Würtemberg, Baden, die Aerztekammern Preussens, obgleich von der Regierung nicht befragt, sich in gleichem Sinne für die humanistische Vorbildung der Mediciner erklärt. Die grössten medicinischen Autoritäten der medicinischen Wissenschaft, Männer wie Buchner, Dohrn, Ebstein, Gegenbaur, Kocher, Kussmaul, Löhlein, Vierordt, v. Winckel, v. Ziemssen und viele Andere sind öffentlich mit grösster Energie für die Nothwendigkeit der humanistischen Vorbildung der Mediciner eingetreten.

— Die Aerztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin, welche eine Zahl von 3373 Aerzten vertritt, hat nun soeben dem Bundesrath das dringende Gesuch unterbreitet, an den bisherigen Bestimmungen, nach denen der Besitz des Reifezeugnisses von einem humanistischen Gymnasium für die Zulassung zu den medicinischen Prüfungen erforderlich ist, auch fernerhin unbedingt festzuhalten.

Die überwältigende Mehrzahl der deutschen Aerzte erachte die Erziehung in den Ideen des klassischen, insbesondere des griechischen Alterthums, für eine der wichtigsten Grundlagen der humanitären Gesinnung, die gerade in der ärztlichen Thätigkeit nothwendiger ist als in jeder anderen. Dann sei aber auch unerlässlich die Kenntniss der lateinischen und griechischen Sprache für das medicinische Quellenstudium und für das Verständniss der medicinischen Kunstsprache, die allen Culturnationen geläufig ist. Ferner sei es eine Ungerechtigkeit, dass man den Theologen und Juristen eine Vorbildung nicht zumuthen will, welche man den Medicinern aufzuoctroviren sucht. Endlich dürfe nicht übersehen werden, dass die Zulassung der Realschul-Abiturienten zu den klinischen Anstalten, die schon jetzt dem Bedürfniss des praktischen Unterrichts räumlich nicht genügen, in hohem Grade die Ausbildung der zukünftigen Aerzte gefährden würde. Aus diesen Gründen hofft die Aerztekammer, dass der Bundesrath davon absehen werde, dem deutschen Aerztestande eine von ihm mit solcher Einmüthigkeit und Entschiedenheit als höchst schädlich nicht nur für den Stand, sondern auch für das Gemeinwohl bezeichnete Reform aufzunöthigen. — Eine in demselben Sinne abgefasste Petition hat auch die «Berliner medicinische Gesellschaft» an den deutschen Bundesrath gerichtet.

Bf.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 4. bis zum 10. März 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
343	288	631	154	78	115	19	8	25	73	68	39	46	46	38	18	2

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 16. Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 9, Scharlach 15, Diphtherie 23. Croup 1, Keuchhusten 4. Croupöse Lungenentzündung 28, Erysipelas 7, Grippe 6, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0. Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 93, Tuberculose anderer Organe 23, Alkoholismus und Delirium tremens 6. Lebensschwäche und Atrophia infantum 27, Marasmus senilis 28. Krankheiten der Verdauungsorgane 45. Todtgeborene 33.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 10. April 1901.

Tagesordnung: 1) Albanus: Ueber einen eigenthümlichen Fall von Abdominaltyphus.

2) Hagentorn: Demonstration eines Falles von Magenresection wegen Carcinom.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 9. April 1901

Довв. ценз. Спб., 24 Марта 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 13 St. Petersburg, (13. April) 31. März 1901

Dieser № liegt «№ 3 der Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften» bei. 

Dreizehnter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte

Der **XIII. Aerztetag der Gesellschaft Livl. Aerzte wird in Riga am 19., 20. und 21. Juni a. c. stattfinden.**

Diejenigen Collegen, welche Vorträge zu halten wünschen oder bereit sind, die unter ihrer Leitung stehenden Krankenhäuser resp. Kliniken zu demonstriren, werden gebeten, ihre diesbezüglichen Anmeldungen **spätestens bis zum 1. Mai c.** an mich gelangen zu lassen.

d. Z. Präses der Gesellschaft Livländ. Aerzte,
Dr. M. Treymann
(Riga, Thronfolger-Boulevard Nr. 3).

Die Ausstrahlungen oder Mitempfindungen und Reflexe im Gebiet des Sympathicus und ihre physiologischen Grundlagen.

Von
Dr. Max Buch,
Chefarzt des finnischen Dragoner-Regiments in Willmanstrand (Finnland).

(Schluss.)

Der Halssympathicus verläuft zusammen mit dem Vagus und kann daher nicht entschieden werden, ob der locale Schmerz vom einen oder anderen oder beiden Nerven stammt. Die Ausstrahlungen jedoch sind so charakteristisch für den Sympathicus, dass sie entscheidend sind, zumal da in manchen Fällen dieselbe Ausstrahlung in derselben Form auch von anderen Theilen des Sympathicus, vom Lenden- und Beckensympathicus aus gewonnen wird. Ausserdem wird der für gewöhnlich unempfindliche Halsvagus (Budge[22]), Claude Bernard[23]), Valentin[24]) Longet[25]), meine eigenen Untersuchungen[26]) nach Longet unter denselben Umständen schmerzempfindlich wie der ebenfalls unter normalen Verhältnissen unempfindliche Sympathicus, so dass, wie ich bei anderer Gelegenheit ausführlich dargelegt[26]), wahrscheinlich die Empfindlichkeit des Vagus auf beigemischten Sympathicusfasern beruht und schon ein Symptom von Hyperästhesie des Sympathicus ist. Die Ausstrahlungen des Halssympathicus finden meist in die entsprechende Kopfhälfte statt, am häufigsten in die Schläfe, dann in die Ohrgegend, bald in die Tiefe des Ohres selbst (Pl. tympanicus?), bald vor oder hinter das Ohr, ferner in die Zähne. Die Ausstrahlung in die Zähne wurde meist von den unteren Theilen des Halssympathicus aus erzielt. Mehrere Male wurde angegeben, dass es «durch die Zähne» zur Schläfe ausstrahlte, was wohl so zu deuten ist, dass die Ausstrahlung in die Zähne einen Moment früher gefühlt wird als die in die Schläfe. Auch Ausstrahlung in den Augapfel kommt vor, ferner in die Mitte des Scheitels: Clavus hystericus, in den Nacken etc. Bei den Ausstrahlungen in den Nacken, die Schläfe und das Auge kann man stets auch die schon erwähnten localen Druckpunkte am Schädel auffinden. Am Auge lässt sich an der vorderen lateralen Wölbung des Augapfels häufig ein Druckpunkt nachweisen, in welchem Falle auch die spontanen Augenbewegungen meist schmerzhaft oder empfindlich sind.

Von der Ausstrahlung ins Ohr ist zu unterscheiden die Verstärkung des Ohrensausens, die durch Druck auf den Halssympathicus nicht so selten hervorgerufen wird, jedoch nur bei Personen, die spontan daran leiden. Von den schmerzhaften Ausstrahlungen ins Auge ferner sind diejenigen zu sondern, welche sich in Form von Flimmern oder Funkensprühen kundgeben, auch wieder nur bei Personen, welche spon-

[22]) Jul. Budge: Lehrbuch der Physiologie. 8. Auflage Berlin 1862.

[23]) Claude Bernard: Leçons sur la physiol. et la pathol. du système nerveux. Paris 1858, T. II, leç. XII.

[24]) Valentin: Lehrbuch der Physiologie. 2. Auflage. Braunschweig 1847. 2. Bd. 2. Abth.

[25]) F. A. Longet: Traité de physiol. t. II. Paris 1850.

[26]) M. Buch: Die Sensibilitätsverhältnisse des Sympathicus und Vagus etc. Engelmann's Archiv für Physiologie. 1901. Heft 2. S. 116.

Дозв. ценз. Спб., 24 Марта 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 13 St. Petersburg, (13. April) 31. März 1901

Dieser № liegt «№ 3 der Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften» bei.

Dreizehnter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte

Der XIII. Aerztetag der Gesellschaft Livl. Aerzte wird in **Riga am 19., 20. und 21. Juni a. c. stattfinden.**

Diejenigen Collegen, welche Vorträge zu halten wünschen oder bereit sind, die unter ihrer Leitung stehenden Krankenhäuser resp. Kliniken zu demonstriren, werden gebeten, ihre diesbezüglichen Anmeldungen **spätestens bis zum 1. Mai c.** an mich gelangen zu lassen.

d. Z. Präses der Gesellschaft Livländ. Aerzte,
Dr. M. Treymann
(Riga, Thronfolger-Boulevard Nr. 3).

Die Ausstrahlungen oder Mitempfindungen und Reflexe im Gebiet des Sympathicus und ihre physiologischen Grundlagen.

Von
Dr. Max Buch,
Chefarzt des finnischen Dragoner-Regiments in Willmanstrand (Finnland).

(Schluss.)

Der Halssympathicus verläuft zusammen mit dem Vagus und kann daher nicht entschieden werden, ob der locale Schmerz vom einen oder anderen oder beiden Nerven stammt. Die Ausstrahlungen jedoch sind so charakteristisch für den Sympathicus, dass sie entscheidend sind, zumal da in manchen Fällen dieselbe Ausstrahlung in derselben Form auch von anderen Theilen des Sympathicus, vom Lenden- und Beckensympathicus aus gewonnen wird. Ausserdem wird der für gewöhnlich unempfindliche Halsvagus (Budge[22]), Claude Bernard[23]), Valentin[24]) Longet[25]), meine eigenen Untersuchungen[26]) nach Longet unter denselben Umständen schmerzempfindlich wie der ebenfalls unter normalen Verhältnissen unempfindliche Sympathicus, so dass, wie ich bei anderer Gelegenheit ausführlich dargelegt[26]), wahrscheinlich die Empfindlichkeit des Vagus auf beigemischten Sympathicusfasern beruht und schon ein Symptom von Hyperästhesie des Sympathicus ist. Die Ausstrahlungen des Halssympathicus finden meist in die entsprechende Kopfhälfte statt, am häufigsten in die Schläfe, dann in die Ohrgegend, bald in die Tiefe des Ohres selbst (Pl. tympanicus?), bald vor oder hinter das Ohr, ferner in die Zähne. Die Ausstrahlung in die Zähne wurde meist von den unteren Theilen des Halssympathicus aus erzielt. Mehrere Male wurde angegeben, dass es «durch die Zähne» zur Schläfe ausstrahlte, was wohl so zu deuten ist, dass die Ausstrahlung in die Zähne einen Moment früher gefühlt wird als die in die Schläfe. Auch Ausstrahlung in den Augapfel kommt vor, ferner in die Mitte des Scheitels: Clavus hystericus, in den Nacken etc. Bei den Ausstrahlungen in den Nacken, die Schläfe und das Auge kann man stets auch die schon erwähnten localen Druckpunkte am Schädel auffinden. Am Auge lässt sich an der vorderen lateralen Wölbung des Augapfels häufig ein Druckpunkt nachweisen, in welchem Falle auch die spontanen Augenbewegungen meist schmerzhaft oder empfindlich sind.

Von der Ausstrahlung ins Ohr ist zu unterscheiden die Verstärkung des Ohrensausens, die durch Druck auf den Halssympathicus nicht so selten hervorgerufen wird, jedoch nur bei Personen, die spontan daran leiden. Von den schmerzhaften Ausstrahlungen ins Auge ferner sind diejenigen zu sondern, welche sich in Form von Flimmern oder Funkensprühen kundgeben, auch wieder nur bei Personen, welche spon-

[22]) Jul. Budge: Lehrbuch der Physiologie. 8. Auflage Berlin 1862.
[23]) Claude Bernard: Leçons sur la physiol. et la pathol. du système nerveux. Paris 1858, T. II, leç. XII.
[24]) Valentin: Lehrbuch der Physiologie. 2. Auflage. Braunschweig 1847. 2. Bd. 2. Abth.
[25]) F. A. Longet: Traité de physiol. t. II. Paris 1850.
[26]) M. Buch: Die Sensibilitätsverhältnisse des Sympathicus und Vagus etc. Engelmann's Archiv für Physiologie. 1901. Heft 2. S. 116.

tan daran leiden und an der dem Sympathicus entsprechenden Seite.

Hustenreiz wird vom Halssympathicus aus häufiger angeregt als vom Lendensympathicus, kurze, trockene Hustenstösse und zwar in einigen Fällen mit der Regelmässigkeit des physikalischen Experiments, nur dass in der Regel der Reflex um so schwächer wurde, je häufiger der Druck wiederholt wurde, was vielleicht therapeutisch verwerthet werden könnte. In einigen dieser Fälle bildete ein gleicher trockener Husten eine der Hauptsorgen und Plagen der Patienten, eine Frau namentlich konnte weder Tag noch Nacht Ruhe finden. In allen bestand spontan mehr oder weniger stark echt nervöser Husten ohne jegliche physikalische Grundlage; doch ist nervöser Husten auch bei organischen Erkrankungen der Lunge keineswegs ausgeschlossen; so konnte ich bei einem Schwindsüchtigen durchaus constant, wohl zehn Mal hintereinander, durch Druck auf den Halssympathicus, sowohl rechts als links, einen oder mehrere Hustenstösse auslösen. Bei Trachealcatarrh kann man eine gleiche Form des Hustens durch Druck auf die Trachea hervorrufen, was diagnostisch wichtig ist.

Da Budge[27]) durch Zusammendrücken des Vagus beim Pferde Husten erregt hat, so kann die Betheiligung des Vagus hier nicht ausgeschlossen werden, und können nur diejenigen Fälle mit Sicherheit für den Sympathicus in Anspruch genommen werden, wo derselbe Reflex auch von den Bauchgeflechten aus erzielt wurde. Der Gegenstand wird in einer besonderen Abhandlung genau erörtert werden.

Dem Hustenstoss auf Sympathicusreiz geht meist ein Gefühl von Kitzel oder Hustenreiz in der Trachea voraus, so dass der Vorgang wohl als sensible Ausstrahlung mit dadurch erst mittelbar bedingtem Hustenreflex anzusehen ist. In einem Falle wurde zugleich mit dem Hustenreiz auch ein Gefühl von «Wundsein in der Luftröhre», in der Mittellinie etwa bis herab zum Ansatz der 4. Rippe, angegeben.

Die Ausstrahlungen abwärts sind seltener als die aufwärts. Am häufigsten wird eine Ausstrahlung längs dem betreffenden Rande des Brustbeins etwas nach aussen von demselben angegeben, also offenbar längs dem Brustsympathicus. Mehrere Patienten geben direct an, dass der Schmerz in der Tiefe der Brust gefühlt wird. Derselbe erstreckt sich in mehreren Fällen hinab bis zum Ansatz der 5. Rippe, in einem Falle bis zur 2. Rippe, in einem bis zum Schwertfortsatz und in einem wurde die Ausstrahlung an einem Punkte ungefähr in der Mitte zwischen Schwertfortsatz und Nabel etwas nach aussen von der Mittellinie gefühlt, rechts constant, während die symmetrische Ausstrahlung links nur gelegentlich gelang. In einem Falle endlich schoss die Ausstrahlung zu gleicher Zeit aufwärts in die entsprechende Kopfhälfte und abwärts durch den ganzen Körper bis in die Zehen; gleichzeitig wurden ausserdem Hustenstösse ausgelöst. In einem Falle sah ich von beiden Halsgrenzsträngen Ausstrahlung ins Hypochondrium der entsprechenden Seite. Bisweilen beobachtete ich Ausstrahlungen in die Intercostalräume, besonders in die laterale Gegend des ersten Intercostalraumes nahe am Proc. coracoideus; hier findet sich dann meist auch ein Druckpunkt. Einige Male habe ich ferner Ausstrahlung an dem oben erwähnten Punkt neben der medialen Kante des Schulterblattes auf der dem gereizten Halssympathicus entsprechenden Seite gesehen.

Die Regel ist überhaupt auch am Halse, dass die Ausstrahlung auf der dem Druck entsprechenden Seite sich geltend macht, es kommt aber auch vor, dass die Ausstrahlung vom einen Sympathicus aus in beide Kopfhälften stattfindet; einmal z. B. vom linken oberen Halssympathicus in beide Ohren; weiter findet ausnahmsweise kreuzweise Ausstrahlung statt, so z. B. einmal vom unteren linken Halssympathicus zur rechten Seite des Halses oben, nahe der Mittellinie, und von hier weiter hinaufstrahlend bis zum rechten Hinterkopf. In einem Falle schliesslich wurde der Schmerz von beiden Sympathici aus in die **rechte** Schläfe ausgestrahlt. Die Person litt an **rechtsseitiger** Migraine. Auch am Halssympathicus können, wie wir schon an einem Beispiele gesehen, bei derselben Person mehrere Ausstrahlungen in fast beliebigen Combinationen vorkommen.

Von weiteren Reflexen, die auf Druckreizung des Sympathicus zu Stande kommen können, ist der Brechreflex zu erwähnen. Ich habe gelegentlich bei Patienten, die an nervösem Erbrechen litten, von allen Theilen des Sympathicus aus Brechbewegungen hervorrufen können bis zum wirklichen Erbrechen, in manchen Fällen vom Lenden- oder Halsgrenzstrang aus, in manchen auch von hyperästhetischen Beckenorganen aus, z. B. durch Druck auf den schwangeren Uterus.

Schliesslich gehört auch Luftaufstossen (Ructus), das ja nur eine Abart des Erbrechens ist, zu den von mir beobachteten Sympathicus-Reflexen. Diese Beobachtungen stehen mit physiologischen Thatsachen in gutem Einklang. Durch Knauth[28]), Morat[29]), Openchowski[30]) ist reflectorisch Eröffnung der Cardia von verschiedenen Theilen des Sympathicus experimentell hervorgerufen worden, und Joh. Müller[31]) hat, allerdings nicht constant, durch Reizung des Lendensympathicus an Thieren Contractionen der Bauchmuskel beobachtet.

2. Erklärung der Ausstrahlungen.

Wenn wir den Stamm eines sensiblen Spinalnerven reizen, so verursachen wir damit Schmerzen in den Endausbreitungen des Nerven, dies ist jedoch nur eine scheinbare Ausstrahlung, denn wenn wir z. B. den Ischiadicus durchschneiden und den centralen Stumpf reizen, so wird der Schmerz in den Zehen gefühlt, auch wenn das ganze Bein mit amputirt ist. Es ist also die Psyche, welche alle einen sensiblen Nervenstamm treffenden Reize in die Endausbreitungen desselben verlegt, weil die Erfahrung sie gelehrt hat, dass die durch den betreffenden Nervenstamm ihr zugeführten Reize immer von seinen Endverzweigungen herstammen.

Ausserdem können aber auch, in krankhaften Fällen, durch Reizung eines sensiblen Nerven Empfindungen in einem ganz anderen Nervengebiet beobachtet werden. Diese Erscheinung wurde früher Sympathie, seit Johannes Müller aber Mitempfindung oder in neuerer Zeit namentlich von Pathologen auch häufig sensibler Reflex genannt; man spricht z. B. häufig von reflectorischer Gastralgie etc.

Man stellt sich den Vorgang folgendermassen vor: Ein sensibler Reiz erregt ausser der Ursprungszelle des sensiblen Neurons zweiter Ordnung, das die directe Fortsetzung der Neuronenkette der primär erregten Fasern bildet, noch ein oder mehrere andere Ursprungszellen von sensiblen Neuronen zweiter Ordnung, sei es durch Vermittelung von Collateralen, sei es durch diffuse Leitung der grauen Substanz, und es entstehen Mitempfindungen; wird die sensible Erregung dagegen durch Collateralen auf motorische Zellen der Vorderhörner übertragen, so entsteht ein motorischer Reflex. Es wird also in beiden Fällen unter Vermittelung eines

[27]) Budge: Handbuch der Physiologie. 1862.

[28]) A. v. Knauth: Innervation des Magens seitens des Rückenmarks. Inaug.-Diss. Dorpat 1886.

[29]) Morat: Lyon méd. 1882. S. 289 (cit.).

[30]) Th. v. Openchowski: Ueber die gesammte Innervation des Magens. Deut. med. Wochenschrift 1889. S. 117.

[31]) Joh. Müller: Lehrbuch der Physiologie. 4. Auflage. Art. Sympathicus.

Centralorganes, das als Reflexbogen dient, die sensible Erregung von einer Neuronenkette auf eine andere übertragen, in einem Falle centripetal (Mitempfindung), im anderen centrifugal (motorischer, secretorischer Reflex). Beim Sympathicus können ebenfalls beide oder richtiger alle drei Formen der Ausstrahlung vorkommen: 1) die directe (scheinbare) Ausstrahlung in das Endgebiet der gereizten Fasern; 2) die Mitempfindung durch Vermittelung eines Reflexbogens, sowie 3) wirkliche motorische und secretorische Reflexe, sowohl zu längs- als zu quergestreiften Muskeln und zu den Secretionsnerven der Drüsen.

Für die Mitempfindungen oder sensiblen Reflexe sowohl, welche im Gebiet des Sympathicus ausserordentlich viel häufiger sind als im cerebrospinalen System, als auch für die motorischen und secretorischen Reflexe wirft sich die wichtige Frage auf: Bedürfen dieselben durchaus der Mithilfe von Gehirn und Rückenmark oder können die Ganglien des Sympathicus ohne Betheiligung von Gehirn und Rückenmark den Reflexbogen bilden?

Wundt[32]) führt aus, dass zwischen den grossen Centralorganen und dem Sympathicus kein principieller Unterschied besteht, und Kölliker[33]) sagt vom Sympathicus direct: „Von einem höheren Gesichtspunkte aus kann derselbe einfach als eine Abzweigung des Cerebrospinalsystems angesehen werden". Auf Grund mikroskopischer Untersuchungen kommt neuerdings Juschtschenko[34]) im Gegensatz zur älteren Anschauung Sigismund Mayer's[35]) zum Resultat, dass sich die sympathischen Ganglienzellen ihren Formeigenschaften nach durch nichts wesentliches von den Zellen des cerebrospinalen Nervensystems unterscheiden; es wäre also nicht so undenkbar, dass die Ganglien des Sympathicus als Reflexbogen dienen könnten.

Die Sympathieen spielten in der älteren Medicin eine grosse Rolle, gehörten doch auch die Metastasen, die sogenannten sympathischen Entzündungen und ähnliche Dinge dahin. Als Vermittler aller Sympathieen galt seit Thomas Willis[36]) der Sympathicus, welcher denn auch dieser seiner Rolle wegen von Winslow[37]) den Namen «grand sympathique» erhielt. Später musste er diese Ehre mit anderen Nerven theilen, so finden wir in Hildebrandt's[38]) Anatomie (1796) ausser dem Sympathicus magnus noch den Trigeminus als Sympathicus medius, den Vagus als Sympathicus medius Vinslowii und den Facialis als Symp. minor bezeichnet. In der Erklärung der «Sympathieen», d. h. der Reflexe, nahm bereits Meckel 1788 einen völlig correcten Standpunkt ein. Haller[39]) sieht nämlich als Ursache der Sympathieen die «Zusammenstossungen der Nerven» an und Meckel[40]) lässt in einer Anmerkung hierzu die Uebertragungen in den Nervenknoten vor sich gehen, und eine andere Ursache liege «im allgemeinen Sensorio und den Anfängen der Nerven selbst».

Erst Joh. Müller[41]) und Henle[42]) gebührt die Ehre endgiltig nachgewiesen zu haben, dass die Reflexe und Mitempfindungen der Vermittelung nervöser Centralorgane bedürfen, und zwar nahm Joh. Müller Gehirn und Rückenmark als einzige Reflexbogen an und hielt es für unwahrscheinlich, dass auch die Ganglien des Sympathicus als Reflexcentren dienen könnten. Seine Anschauung blieb die herrschende bei den meisten Physiologen, namentlich in Deutschland, und der herrschenden Anschauung zu Liebe werden bisweilen die grössten Anstrengungen gemacht, um den Sympathicus nicht als Reflexbogen anerkennen zu müssen.

Henle[43]) fand, dass bei Kaninchen, Meerschweinchen und Fröschen am ausgeschnittenen Darm starke Reize, wie schon Volkmann[44]) und Joh. Müller[45]) nachgewiesen, zwar nur eine örtliche Einziehung verursachen, dass dagegen auf schwache Reizung der Darmschleimhaut, mechanische wie chemische, leichtes Kitzeln, Betupfen mit Salzsäure etc. ringförmige Contractionen entstehen, die eine Strecke weit peristaltisch aufwärts und abwärts fortschreiten. Auch die Längsmuskeln wergen dadurch erregt. Diese Erscheinung kann, wie auch Henle selbst hervorhebt, nur durch Reflexcentren im Darme selbst erklärt werden. Der von Engelmann[46]) gemachte Versuch, die Fortleitung des Reizes durch die Muskelfasern zu erklären, passt auf diesen Fall jedenfalls nicht, wie auch von Nothnagel[47]) schon gezeigt worden. Auch die zuerst von Budge und von Volkmann gemachte Erfahrung, dass ein ausgeschnittenes und geöffnetes Darmstück bei Reizung der Schleimhaut stärkere Bewegung zeigt als bei Reizung der äusseren Oberfläche, sieht Volkmann für einen Reflex im Gebiete der Darmganglien an. Dem Einwand Budge's, dass das Darmstück aufgeschnitten und abgewischt werden müsse und die Reaction deshalb eben so gut von der Muskulatur als von den Ganglien herstammen könne, wird dadurch begegnet, dass dieselbe auch auf chemische auf die Schleimhaut allein einwirkende Reize erfolgt (Henle).

Goltz[48]) sah weiter an Fröschen, denen er Gehirn und Rückenmark zerstört hatte, nicht selten deutliche Verstärkung der Bewegungen des Magens, wenn er einen weit entlegenen Abschnitt des Dünndarmes reizte, obwohl er die Verbindung zwischen der gereizten Partie und dem Magen durch Ausschneidung eines Stückes Darm aufgehoben hatte. Die wohl einzig richtige Erklärung hierfür, einen Reflex durch Vermittelung der Ganglien des Pl. coeliacus, verbot ihm sein physiologisches Gewissen, welches nur Gehirn und Rückenmark als Reflexbogen anerkannte, doch wies er sie auch nicht ganz von der Hand.

Claude Bernard[49]) erwähnt als ein Beispiel von Reflex im Gebiet des Sympathicus, dass nach Durchschneidung des N. lingualis noch auf Reizung der Mundschleimhaut Absonderung der Submaxillardrüse eintritt,

---

32) Wilh. Wundt: Lehrbuch der Physiologie des Menschen. 4. Aufl. Stuttgart 1878. S. 800.

33) A. Kölliker: Jahresbericht der gesammten Medicin. 1894. I. S. 64.

34) Juschtschenko: Ueber den Bau der sympathischen Knoten bei den Säugethieren und Menschen. Archiv für mikrosk. Anatomie. 44. Bd. 1897. Арх. психiатрiи 1896. Jahresber. d. ges. Med. 1897. I.

35) Sigismund Mayer: Die periphere Nervenzelle etc. Arch. f. Psychiatrie. VI. 2. Jahresber. d. ges. Med. 1876. I. S. 228.

36) Thomas Willis: Op. omnia. Amsterdam 1682: Cerebri et nervorum anatome, nervorumque descriptio et usus. Cap. XXVII und an anderen Stellen.

37) J. B. Winslow: Exposition anatomique etc. t. III. Paris 1732. p. 314—316.

38) Fried. Hildebrandt: Handbuch der Anatomie des Menschen. 1. Aufl. 1796, 4. Aufl. Braunschweig 1831. III. Bd. S. 355.

39) Albr. v. Haller: Grundriss der Physiologie des Menschen, herausgegeben von Meckel. Berlin 1788.

40) Meckel: Haller's Grundriss der Physiologie. Berlin 1788. S. 437 Anm.

41) Joh. Müller: Lehrbuch der Physiologie des Menschen. Coblenz 1844.

42) Henle: Pathologische Untersuchungen. Berlin 1840.

43) Henle l. c. S. 92—93.

44) Volkmann: Müller's Archiv der Physiologie. 1838 p. 29, und Nervenphysiologie in Wagner's Handwörterbuch der Physiologie. Bd. II.

45) Joh. Müller: Lehrbuch der Physiologie des Menschen. Coblenz 1844.

46) Th. W. Engelmann: Ueber die peristaltischen Bewegungen, besonders des Darmes. Pflüger's Archiv für die ges. Physiol. IV. Bd. 1871. S. 33.

47) Nothnagel: Beiträge zur Pathologie und Physiologie des Darmes. Berlin 1884.

48) Fr. Goltz: Studien über die Bewegungen der Speiseröhre und des Magens des Frosches. Pflüger's Archiv für die ges. Physiol. 1872.

49) Claude Bernard: Journal de physiol. 1862. S. 400. Cit. von Vulpian.

durch Reflex im Submaxillarganglion. Diese Angabe ist jedoch später von Eckhard, Schiff, Heidenhain bestritten worden, während Bradford, Vulpian[50]) und Andere sie stützten. F. Bidder[51]) führte, ohne Cl. Bernard's Versuche zu kennen, anatomische Thatsachen an, welche ihn zum selben Schlusse führten. Schiff glaubte nämlich, dass der Bernard'sche Versuch durch rückgängige nicht durchschnittene Fasern zu Stande kam, während Bidder nachwies, dass auch bei hoher Durchschneidung des Lingualis und völliger Isolirung der Drüse von allen Nervenverbindungen die localen Ganglienelemente und die von ihnen ins Innere der Drüse gehenden aus feinen grauen Fasern bestehenden Nervenfäden nicht degenerirten, ebensowenig breite markhaltige Fäden, die von der Schleimhaut zur Drüse ziehen, während der Lingualis zwischen der Schnittstelle und dem Ganglion völlig degenerirt war. Er zieht aus diesen Beobachtungen den Schluss, ohne, wie gesagt, Cl. Bernard's Versuche zu kennen, dass das Submaxillarganglion ein Centralorgan sei, das Reflexe ohne Vermittelung des Gehirns selbstständig zu vermitteln im Stande sei. Die Richtigkeit der Beobachtung und Deutung Cl. Bernard's und Bidder's dürfte in neuester Zeit durch Wertheimer's[52]) aseptische Wiederholung von Bernard's Versuchen als sichergestellt anzusehen sein.

Sigism. Mayer[53]), der heftigste Gegner der Sympathicusreflexe, meint, es scheine, wenn auch nur stillschweigend, wenigstens unter den Physiologen in Deutschland, darin eine Uebereinstimmung der Meinungen zu herrschen, dass zur Zeit auch nicht eine einzige gut beglaubigte Thatsache vorliege, welche die Annahme zuliesse, dass in sympathischen Ganglien ein Erregungsvorgang automatisch oder reflectorisch eingeleitet werde. Die Richtigkeit dieser Anschauung ist nun durch später bekannt gewordene Thatsachen noch weiter erschüttert und als ganz unrichtig erwiesen worden.

Aus Ducceschi's[54]) zahlreichen Experimenten geht hervor, dass der Magen im Nerven- und Muskelapparat seiner Wandungen zur Genüge jene Bedingungen vorgezeichnet findet, welche ihn befähigen reflectorische Arbeit zu leisten. Diese Arbeit steht in geradem Verhältniss zu den mechanischen und chemischen Bedingungen seines Inhalts, so zwar, dass die Berührung, die Ausdehnung, die Temperaturunterschiede wie die chemischen Reize reflectorische Acte auslösen, immer im Bereich der wandständigen Ganglien, welche die Bewegungen des Magens je nach seinem Füllungszustande ordnen und coordiniren; es handelt sich mit einem Worte um eine Autoregulirung, bedingt vorzugsweise durch den Sympathicus. Durch Durchschneidung dieses Nerven in seinem oberen Abschnitte, ausserhalb des Magens, wird die rhytmische Bewegung des Magens in eine periodische umgewandelt.

Einwandsfreie Ermittelungen liegen ferner für die Blase von Zeissl[55]) vor; derselbe untersuchte, wie sich die Blase bei männlichen Hunden verhält, denen gleichzeitig beide Nerven, welche die Blase innervirer, nämlich die N. hypogastrici und die N. erigentes durchschnitten wurden. Bei allen 6 Hunden, welch die Operation überlebten, behielt die Blase, trotzdem die nach mehreren Wochen vorgenommene Section lehrte, dass die in den Pl. hypogastricus einmündenden motorischen Nerven der Blase durchschnitten waren, ihre Functionsfähigkeit bei.

Werden bei unoperirten Hunden beide Splanchnici peripherisch gereizt, erfolgt Contraction des Detrusor, nach Durchschneidung der N. hypogastrici und erigentes dagegen hatte die Reizung der Splanchinici keinerlei Effect auf die Blase. Reizung der Vagi war sowohl an unoperirten als operirten Thieren stets wirkungslos. Hieraus geht hervor, dass der Grund für die Function der Blasenmuskulatur bei Thieren, an welchen die Blasennerven durchschnitten sind, in den automatisch wirkenden nervösen Apparaten der Blase selbst zu suchen ist.

Zum selben Resultat kamen Stewart[56]) und besonders auch Goltz und Ewald[57]) in einer sehr bedeutungsvollen Arbeit. Die Verfasser entfernten vollständig das Rückenmark mit Ausnahme des grösseren Theiles des Halsmarkes. Es glückte bei peinlicher Sauberkeit solche Thiere Jahre hindurch vollständig gesund zu erhalten.

Die anfängliche Blasenlähmung bessert sich, schliesslich entleert sich die Blase vollständig und regelmässig. Die Verdauungsvorgänge sind beim rückenmarklosen Hunde durchaus regelmässig; jeden Tag finden 1—2 Abführungen statt; der Koth hat normales Aussehen. Die Wiederherstellung der anfangs geschädigten Functionen des Sphincter ani externus macht sich besonders auffallender Weise bemerklich.

Eine trächtige Hündin warf nach der Exstirpation 5 lebende Junge, die sie beleckte, deren Nabelschnur sie durchbiss. Eines davon, das am Leben gelassen wurde, gedieh vortrefflich. Es bediente sich auch der hintersten Brustdrüsen des Mutterthieres, aus denen reichlich normale Milch entleert wurde. Ebenso wie die Brustdrüsen gesunder Thiere schwollen sie in Folge der Benützung an und ihre Blutgefässe erweiterten sich.

Der Blutgefässtonus stellt sich wieder her. Die Temperatur der dem Einfluss des Rückenmarks entzogenen Hinterpfoten ist den noch unter dessen Herrschaft stehenden Vorderpfoten gleich, obgleich die Muskulatur der hinteren Extremitäten degenerirt. Ob der N. ischiadicus dabei durchschnitten ist oder nicht, hat keinen Einfluss. Von entfernten Stellen aus lässt sich die Gefässweite reflectorisch nicht verändern; aber mechanische Reizung einer Hautstelle macht Röthung, Tetanisirung macht Erblassen; Kälte und Wärme wirken wie an normaler Haut.

Während die Skelettmuskel total degeneriren und sich in Bindegewebsstränge verwandeln, bleiben die ebenfalls aus quergestreifter Muskulatur bestehenden M. sphincter ani ext. und der vordere Schliessmuskel der Scheide lebendig.

Die Wiederkehr der normalen Functionen schreiben die Verfasser, wenigstens in der Hauptsache, dem sympathischen Nervensystem zu, welches somit eine sehr weitgehende Selbstständigkeit zeigt.

Derselbe Nachweis wie von Zeissl für die Blase, ist von Rein[58]) und sehr viel früher von Brachet[59])

---

[50]) Vulpian: Leçons sur l'appareil vasomoteur. Paris 1875. Bd. I. S. 311.

[51]) F. Bidder: Experimentelle und anatomische Untersuchungen über die Nerven der Glandula submaxillaris. Arch. f. Anat. u. Physiol. 1866 S. 321—359 und 1867 S. 1—30.

[52]) E. Wertheimer: Recherches sur les propriétés réflexes du ganglion sousmaxillaire. Arch. de physiol. 5. Ser. 2. Bd. 1890. S. 519—582.

[53]) S. Mayer: Specielle Nervenphysiologio. Herrmann's Handbuch der Physiologie. II. Leipzig 1879.

[54]) V. Ducceschi: Untersuchungen über die motorischen Functionen des Magens. Arch. di scienze med. Bd. 21. Ref. in Boas Archiv für Verdauungskrankheiten. 3. Bd. 3. Heft. S. 359. 1897.

[55]) Max v. Zeissl: Ueber die entnervte Blase. Wiener med. Wochenschrift 1896. S. 396.

[56]) C. C. Stewart: On the impulses to and from the catsbladder. Americ. Journ. of Physiol. II. 1899. Jahresber. der ges. Med. f. 1899. I. p. 218.

[57]) Fr. Goltz und S. R. Ewald: Der Hund mit verkürztem Rückenmark, Pflügers Arch. etc. Bd. 63. 1896; p. 362; Jahresb. d. ges. Med. f. 1896, I, p. 202.

[58]) Brachet: Pract. Unters. über die Verrichtungen des Gangliennervensystems. A. d. Franz v. Flies. 1836.

[59]) Рейнъ: Объ иннерваціи матки. Врачъ 1880, S. 537.

für den Uterus unternommen worden, doch scheint mir ihre Beweisführung, auch diejenige Rein's, noch Lücken aufzuweisen, wogegen Goltz' und Ewald's Beobachtungen zeigen, dass wenigstens der Geburtsact mit Hilfe des Sympathicus allein zu Stande kommen kann.

Roschansky[60]) erschloss das Vorhandensein reflectorischer Vasomotorencentren in den Ganglien des sympathischen Nervensystems bei Katzen daraus, das Reizung des centralen Splanchnicusstumpfes, selbst nach Zerstörung des gesammten Marks, eine deutliche reflectorische Drucksteigerung in den Arterien bewirkte und erst dann gänzlich ergebnisslos wurde, nachdem auch der Bruststrang zwischen 9. und 10. Gangl. durchschnitten wurde.

Auf weniger zwingende Erfahrungen hin wird auch von Aschenbrandt[61]) und von Vulpian[62]) das Zustandekommen von Reflexen durch Vermittelung der Ganglien des Sympathicus angenommen.

Zu den bereits vorliegenden Beweisen für die reflexvermittelnde Thätigkeit sympathischer Ganglien fügt Francois Franck[63]) zwei neue. Der eine bezieht sich auf das Ganglion ophthalmicum, welches von allen seinen Verbindungen mit den Centralorganen getrennt wird und nur noch mit zahlreichen Ciliarnerven zusammenhängt, welche in dasselbe eintreten oder aus ihm austreten. Nach Durchschneidung eines Theiles dieser Nerven und centripetaler Reizung derselben wurden Irisbewegungen erzielt. Der zweite Versuch bezieht sich auf das Ganglion stellatum s. thoracicum primum. Das Ganglion wird durch Durchschneidung seiner spinalen Verbindungen und des Bruststranges unter Schonung eines Astes der Ansa Vieussenii isolirt. Wird dann der mit dem Ganglion in Verbindung stehende Stumpf des durchschnittenen anderen Astes der genannten Schlinge gereizt, so tritt Vermehrung der Herzschläge, Gefässverengerung am Ohr, in der Submaxillardrüse und in der Nasenschleimhaut ein. Diese Erscheinungen deutet Franck als Reflexe, denen das Sternganglion als Centrum dient.

Langley und Anderson[64]) bedienen sich, um die reflectorischen Leistungen sympathischer Ganglien zu untersuchen, in erster Linie des Gangl. mesentericum inf. und bestätigen hier die Angabe von Sokarnin[65]), Nawrocki und Skabitschewski[66]), Nussbaum[67]), dass man nach entsprechender Isolation des Ganglion bei centripetaler Reizung des einen N. hypogastricus durch centrifugale Fasern des andern auf die Blasenmuskulatur einwirken könne. Sie fanden ausserdem, dass auf demselben Wege Zusammenziehungen des Sphincter

60) W. Roschansky: Ueber das Vorhandensein reflectorischer Vasomotorencentra in den Ganglien des sympathischen Nervensystems. Centralbl. f. Med. Nr. 10, S. 162, 1889.

61) Aschenbrandt: Ueber reflectorischen Speichelfluss etc. Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. XXV.

62) Vulpian: Expériences relatives à la physiologie des nerfs vasodilatateurs. Arch. de physiol. normal et pathol. 1871, Janv. p. 175.

63) Ch. A. François-Franck: Fonctions réflexes des ganglions du grand sympathique. Archives de physiol. 5 Ser. Bd. 6, Paris 1894, S. 716—723.

64) Langley und Anderson: On reflexaction from Sympathetic ganglia. The Journal of Physiology. Bd. XVI. 1894. S. 410.

65) N. Sokarnin: Bericht über die physiologischen und histologischen Mittheilungen auf dem 4. Congress russischer Naturforscher zu Kasan. Pflüger's Archiv für die ges. Physiologie. 8. Bd. 1874. p. 600.

66) J. Nawrocki und B. Skabitschewski: Ueber die sensiblen Nerven, deren Reizung Contraction der Blase hervorruft. Pflüger's Arch. f. d. ges. Physiologie. 49. Bd. 1891. p. 141—159.

67) Nussbaum: Ueber die Innervation des M. detrusor. Arbeiten aus dem Laboratorium der medicinischen Fakultät in Warschau. 1879. p. 120. Cit. von Nawrocki und Skabitschewski.

ani int. und Gefässverengerung in der Rectalschleimhaut erregt werden kann. Durch Nicotinvergiftung, welche die Nervenzellen lähmt, beweisen sie ferner, dass die durch centripetale Hypogastricusreizung bewirkte Nervenerrung, die natürlich nur durch Vermittelung des Ganglions auf den Nerv der anderen Seite einwirken kann, die Zellen desselben passiren muss. Die Existenz recurrirender Fasern, deren Erregung einen Reflex vortäuschen könnte, schliessen sie aus.

Weitere Versuche ergaben, dass Reflexe auch in den Ganglien des Grenzstranges nicht fehlen. Solche liessen sich, an der Thätigkeit der Pilomotoren erkennbar, durch Reizung des Lendensympathicus unter Inanspruchnahme von 2—4 oberhalb der Reizungsstelle gelegenen Nervenknoten erzielen. Hier sowohl wie in den vorhergehenden Versuchen nehmen die Verf. für den Reflexbogen lediglich motorische Fasern in Anspruch Sie vermuthen, dass die aus den Ganglien hervorgehenden centrifugalen (efferenten) Nervenfasern rückwärts verlaufende Zweige an die Zellen der benachbarten Ganglion herantreten lassen.

Ferner wurde der Société de biologie zu Paris in der Sitzung vom 24. Juli 1897 eine interessante hierhergehörige Thatsache, welche Sokownin's Befund durchaus bestätigt, durch Guyon und Courtade[68]) vorgelegt. Wenn sie das Gangl. mesentericum inf. von allen seinen Verbindungen mit dem Rückenmark trennten, rief Reizung des centralen Endes vom n. hypogastricus noch Contraction der Kreisfasern des Rectums hervor und sehen es deshalb die Verf. für bewiesen an, dass die sensible Erregung innerhalb des Ganglion in eine motorische umgewandelt ist, denn einerseits beweist das Fehlen von Erhöhung des Blutdrucks, dass das Rückenmark ausser Spiel gesetzt ist, und andererseits können es nicht Stromschleifen gewesen sein, welche das Ganglion direct erregten, da nach Lösung der Ligatur des n. hypogastricus oberhalb der gereizten Stelle der Reflex verschwand.

Einen durchaus unanfechtbaren Beweis für die Existenz von Reflexcentren des Sympathicus in der Bauchhöhle giebt auch Popelski[69]). Er wies nach, dass bei Hunden verdünnte Säuren von der Schleimhaut des Duodenum und Dünndarmes aus prompt Secretion der Pankreas reflectorisch anregen. Nach Durchschneidung der Vago-Sympathici am Halse und der Splanchnici und Zerstörung des verlängerten Markes wurde durch Eingiessen von Säuren im Duodenum unverändert reichlich Saft producirt, weshalb Popelski zum Schluss gedrängt wird, dass die Pankreas ihr Reflexcentrum in der Bauchhöhle selbst besitzt. Dasselbe erwies sich in der That in der Wand des Pylorus auf der Höhe des oberen Randes des Lig. hepatico-gastro-duodenale. Nach Durchschneidung des Pylorus unter dieser Stelle erfolgte keine reflectorische Saftproduction mehr, während die Reizung des von diesem Centrum zur Drüse führenden secretorischen Nerven, den Popelski isoliren konnte, sofort von Erfolg begleitet war. Durchschneidung des Magens oberhalb dieser Stelle hinderte dagegen in keiner Weise die reflectorische Saftproduction von der Schleimhaut des Duodenum aus.

Zum selben Resultat kamen auch Wertheimer und Lepage[70]), und zwar, wie es scheint, ohne Kenntniss der Arbeit von Popelski. Dieser letztere hat durch neue Untersuchungen die Richtigkeit seiner früheren

68) Guyon et Courtade: Fonction réflexe du ganglion mésentérique inferieur. Semaine med. 1897, p. 282.

69) Л. В. Попельскій: О секреторно-задерживающихъ нервахъ поджелудочной железы. Дисс. С.-Петербургъ 1896.

70) Wertheimer und Lepage: Sur l'innervation sécrétoire du pancréas. Sitzung d. Acad. des sciences zu Paris vom 6. November 1899. Sem med. 1899, S. 388.

ren Resultate erhärtet [71]). Einen sehr interessanten Beweis dafür, dass die Ganglien des Sympathicus wirklich echte Reflexcentren darstellen, erbrachten Dastre und Morat [72]) schon 1884 durch den Nachweis, dass die gefässerweiternden Nerven nicht direct auf die Gefässmusculatur sondern hemmend auf die vasomotorischen Ganglien des Grenzstrangs einwirken. Diese Ganglien spielen somit hier dieselbe Rolle wie die Reflexcentren der Skelettmuskel im Rückenmark.

Dass also die Ganglien des Sympathicus als Reflexbogen für motorische und secretorische Reflexe dienen können, muss nach den angeführten zahlreichen und erdrückenden Beweisen wohl als Thatsache dastehen und wird auch z. B. von Landois [73]) anerkannt.

Sensible Reflexe oder Mitempfindungen lassen sich zwar durch das Thierexperiment nicht nachweisen; allein schon der Umstand, dass für motorische und secretorische Reflexe die Ganglien des Sympathicus als Reflexbogen zu dienen vermögen, macht es sehr wahrscheinlich, dass auch die sensiblen Reflexe oder Mitempfindungen im Sympathicus selbst zu Stande kommen können. Es giebt aber ausserdem auch pathologische Thatsachen, welche diesen Schluss mehr als wahrscheinlich gestalten.

Eine Eigenthümlichkeit der sensiblen Reflexe im Bereich des Sympathicus ist der mehr oder weniger durchschiessende Character derselben, d. h. bei Reizung des einen Schmerzpunktes wird nicht, wie bei den Mitempfindungen der cerebrospinalen Nerven eine distincte Mitempfindung an einer entfernten Körperstelle gefühlt, sondern viele Patienten geben bestimmt an, den ganzen Weg vom gereizten zum ausgestrahlten Schmerzpunkt deutlich mit zu empfinden. Es wird z. B. gefühlt, dass bei Druck auf den Pl. hypogastricus sup. eine schmerzhafte Empfindung längs der Mittellinie des Körpers durch Bauch und Brust bis zum Halse oder Kopfe hinauf schiesst. Es wird der ganze Weg deutlich empfunden und an einigen Stellen, meistens in der Magengrube und der Herzgegend, besonders stark. Diese Thatsache kann kaum anders gedeutet werden, als dass der Grenzstrang als Leitung dient und dass im Verlauf der Leitung zahlreiche Stellen, wahrscheinlich eingeschaltete Ganglien, mit erregt werden und diese Erregung dem Bewusstsein mittheilen. Um einen hübschen von Grützner [74]) für die Schmerzleitung in der grauen Substanz des Rückenmarks zur Erklärung der Mitempfindungen benutzten Vergleich zu gebrauchen, so gleichen diese Ganglien Apparaten mit Energievorräthen, etwa kleinen Pulverfässchen, welche die Erregung sowohl in der Richtung der ursprünglichen Leitung als auch nach den Seiten hin so zu sagen auf eigene Faust weiter ausbreiten.

Die im vorigen Kapitel erwähnten sonnenförmigen Ausstrahlungen nach allen Seiten hin sind ebensolche augenfällige Beweise für die directe Uebertragung sensibler Reize auf andere Theile des Sympathicus. Die Thatsache, dass die sensiblen Reflexe im Gebiete des Sympathicus ebenso häufig sind als im Gebiete der spinalen Nerven selten, macht es weiter sehr wahrscheinlich, dass die Mitempfindungen innerhalb des Sympathicus selbst zu Stande kommen.

[71]) Попельскій: Рефлекторные центры поджелудочной железы. Больничная Газета Боткина 1900, Nr. 28, S. 1273.

[72]) Dastre und Morat: Recherches expérimentales sur le système nerveux vasomoteur. Paris 1884, und Dastre: Du rôle physiologique des ganglions de la chaîne sympathique. Arch. de physiol. 5. Ser. 4. Bd., 1892, S. 170.

[73]) Landois: Lehrbuch der Physiologie. 1896, S. 731.

[74]) Grützner: Deutsche med. Wochenschr. 1895, Nr. 5, S. 70.

Ob hier motorische Nerven die centripetale Leitung übernehmen, wie Langley und Anderson [75]) wollen oder specifisch sensible, dem Sympathicus eigens angehörige Nerven und Ganglien erregt werden, interessirt uns hier nur in zweiter Linie. Was die so ungemein häufigen Mitempfindungen cerebrospinaler Nerven bei Reizung des Sympathicus angeht, so wird auch hier höchst wahrscheinlich die Mitempfindung im Sympathicus selbst übertragen. Schon der ältere Retzius [76]) und später Volkmann und Bidder [77]) haben den Uebergang von Sympathicusfasern auf cerebrospinale Nerven beschrieben. Langley und Anderson [75]) haben ferner den Nachweis gegeben, dass die Erectores pilorum der Katze zwar unter dem Einfluss gewisser Rami communicantes der vorderen Spinalwurzeln stehen, dass aber dieser Einfluss nicht direct übertragen wird sondern durch Vermittelung von Nervenfasern, die in den sympathischen Grenzstrangganglien entspringen. Langley [78]) wies ferner nach, dass die Innervation der Gefässmuskeln, der Schweissdrüsen, der Erectores pilorum im ganzen Körper von sympathischen Fasern gebildet werden, die sich dem Verlauf der Spinalnerven anschliessen. Da nun überall Gefässe und an der Oberfläche Haare und Schweissdrüsen vorkommen, so enthalten auch alle peripheren Nerven sympathische Fasern in grosser Menge und zwar sind die feinen Fasern der cerebrospinalen Nerven zum grössten Theil als sympathische anzusprechen, wie schon durch Bidder und Volkmann [80]) geschah. Jetzt wird diese Anschauung auch von Kölliker [81]) getheilt, der ihr früher lebhaft widersprach [82]). Es dürften die grauen Rami communicantes wohl zum grossen Theil zu den sensiblen cerebrospinalen Nerven abbiegen. An den Kopfnerven finden sich ausserdem Ganglien, deren rein sympathischer Character jetzt unzweifelhaft dargethan ist, sowohl auf mikroscopischem als physiologischem Wege. Dieses sind das Gangl. ciliare (Retzius), sphenopalatinum, oticum und submaxillare, sowie zahlreiche kleinere Ganglien. Es wäre demnach durchaus möglich und ich halte es für sehr wahrscheinlich, dass auch die bei Reizung des Sympathicus beobachteten Mitempfindungen in cerebrospinalen Nerven sich innerhalb des Sympathicus abspielen, ja vielleicht sämmtliche Mitempfindungen überhaupt.

Henle [83]), der nachmals so berühmte Anatom, der auch in seinen physiologischen und pathologischen Untersuchungen durch die Schärfe seiner Reflexion und die Genauigkeit und Gewissenhaftigkeit seiner Beobachtungen die Bewunderung herausfordert, steht in Betreff der Ausstrahlungen des Sympathicus in einer vor fast 60 Jahren erschienenen Arbeit über «Sympathieen» bereits auf vollständig richtigem Standpunkt, nur gestützt auf die Beobachtung von Krankheitszuständen und den dabei vorkommenden spontanen Ausstrahlungen ohne die Hyperästhesie des Sympathicus und die dabei künstlich er-

[75]) Langley und Anderson: On reflexaction from Sympathetic ganglia. Journal of physiol. Bd. XVI, 1894, S. 410.

[76]) Retzius: Iris 1827, S. 997, cit.

[77]) Bidder und Volkmann: Die Selbstständigkeit des sympathischen Nervensystems. Leipzig 1842.

[78]) J. N. Langley: On the course and connection of the secretory fibres supplying the sweat glands of the feet of the cat. Journ. of Physiol. XII. 1891, S. 347.

Ders. Note on the Connection with nervecells of the vasomotor nerves for the feet. Daselbst. S. 375.

Ders. Further Observation on the secretory and vasomotor fibres of the foot of the cat. Daselbst XVII, 1894—1895, S. 296.

[80]) Bidder und Volkmann: Die Selbstständigkeit des sympathischen Nervensystems. Leipzig 1842.

[81]) A. Kölliker: Handbuch d. Gewebelehre. 6. Aufl. 2. Bd. Leipzig 1896, S. 854.

[82]) A. Kölliker: Handb. d. Gewebelehre, 2. Aufl. Leipzig 1853, S. 347.

[83]) Henle: Pathologische Untersuchungen 1840.

zielbaren Ausstrahlungen zu kennen. Er sagt unter anderem: «Die Nerven theilen ihre Erregungszustände auch innerhalb der Ganglien des Sympathicus einander mit, so dass also die Ganglienzellen gewissermassen den Centralorganen beizuzählen und Sympathieen zu vermitteln im Stande sind». (S. 105—106).

«Diese Mittheilung, welche zwischen animalischen (d. h. cerebrospinalen) Fasern nur unter besonderen Umständen statt hat, ist bei den organischen (d. h. sympathischen) Fasern Regel. (S. 98)».

Die Irradiationen geschehen nach Henle meist zu höher gelegenen Körperstellen, also vom Bauchsympathicus aus nach Kopf und Brust, was mit der von Joh. Müller[84]) gegebenen Beschreibung des Sympathicus erklärt wird, wonach von den aus derselben Wurzel stammenden Aesten diejenigen, welche zu Eingeweiden gehen, weiter abwärts sich ausbreiten als die der äusseren Körpertheile, weshalb die Gefühlsnerven innerer Theile mit höher gelegenen Theilen der äusseren Haut in Connex stehen müssen.

«Eine scheinbare Ausnahme machen die Organe des Beckens, Mastdarms, Hodens, der Blase etc., weil die in Krankheiten derselben erregten sympathischen Schmerzen der Lumbal- und Sacralnerven erst in den peripherischen Enden derselben, in den unteren Extremitäten bis zu den Zehen hin empfunden werden (S. 118)». Dazu muss ich jedoch bemerken, dass diese Regel nicht nur scheinbare sondern auch häufig genug wirkliche Ausnahmen hat, z. B. Ausstrahlungen vom Halssympathicus in die Beine etc.

Ich brauche zum Schluss kaum hervorzuheben, dass durch Reizung des Sympathicus natürlich auch Gehirn-Rückenmarksreflexe zu Stande kommen können. Solche sind schon seit lange direct nachgewiesen worden. So hat bereits Volkmann[85]) gezeigt, dass durch Reizung der Eingeweide bei enthaupteten Fröschen ausgebreitete Muskelcontractionen am Rumpfe und Darmkanale ausgelöst werden, die ausbleiben, wenn das Rückenmark zerstört ist. Joh. Müller[84]) sah an Kaninchen Zuckungen der Bauchmuskel auf Reizung des Splanchnicus major etc. Zu dieser Art von Reflexen gehören auch die durch Reizung des Sympathicus reflectorisch hervorgerufenenen Brechbewegungen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

H. Fritsch: Gerichtsärztliche Geburtshilfe. Stuttgart. Verlag von F. Enke. 1901.

Der Geburtshelfer kommt nicht selten in die Lage als Zeuge oder Sachverständiger bei criminellen Fällen sein Urtheil abzugeben. Um dem Geburtshelfer einen Ueberblick und das Verständniss der gerichtlichen Seite der Geburtshilfe zu geben und die nöthigen Hinweise zu ertheilen, worauf der Geburtshelfer in erster Linie zu achten hat, hat es Verf. unternommen einen Grundriss für die gerichtsärztliche Geburtshilfe zu schaffen.

Einen nicht unbedeutenden Abschnitt füllt natürlich «der Kindsmord» mit Angabe aller Methoden, welche die Frage entscheiden, ob das Kind gelebt hat, wie überhaupt mit Angabe des ganzen Untersuchungsmodus. Der criminelle Abort, Nothzucht, Nichtigkeit der Ehe, Dauer der Schwangerschaft bilden den Inhalt der folgenden Capitel. Sehr ausführlich wird der Abschnitt über die Fahrlässigkeit der Geburtshelfer und Hebammen abgehandelt. Was ist als Kunstfehler zu bezeichnen, welches sind die Grenzen des Begriffes «Fahrlässigkeit»? Da kommen Verhältnisse vor, die schwer zu beurtheilen sind, Complicationen, allerhand mildernde und erschwerende Momente — kurz die Rolle des Geburtshelfers als Expert ist eine sehr schwierige.

Wer sich für die gerichtliche Seite der Geburtshilfe interessirt, dem bietet das vorliegende Buch genügende Anregung und Belehrung.

Lingen.

Grundriss der inneren Medicin für Studirende und practische Aerzte von Dr. Max Kahane in Wien. Mit 65 Abbildungen. Leipzig und Wien, Franz Deuticke 1901.

Die ausserordentlich schwierige Aufgabe den immensen Stoff in klarer übersichtlicher Form in einem handlichen Lehrbuch zusammenzufassen, ist Verfasser in glänzender Weise gelungen, denn dieses ganz vorzügliche Werk, das nur 800 Seiten zählt, gehört entschieden zu dem Besten, was in der letzten Zeit auf dem Gebiete der internen Medicin geleistet worden ist.

Da es als Lehrbuch auch practischen Zwecken dienen soll, so sind besonders die Symptomatologie und Therapie ausführlicher behandelt worden. In der Therapie sind die physiologischen Heilmethoden und ihre Anwendungsweise einer eingehenderen Besprechung unterzogen und von Recepten hat Verfasser nur solche aufgenommen, welche sich allgemein als brauchbar bewährt haben. Um ein richtiges Verständniss für die Krankheiten zu erzielen sind in den Einleitungen der einzelnen Hauptabschnitte die wichtigsten anatomischen, physiologischen, pathologisch-anatomischen und therapeutischen Gesichtspuncte erörtert. — Als ganz besonders gelungen ist das Capitel über die Tuberculose zu bezeichnen, nicht minder vortrefflich die Abschnitte über die Neurosen, die Infections- und Constitutionskrankheiten. Den Schluss des Werkes bildet eine summarische Darstellung der wichtigsten Vergiftungen.

Fr. Mühlen.

Vermischtes.

— Mittelst Allerhöchsten Ukases an den Dirigirenden Senat vom 15. März d. J. ist — in Folge Enthebung Sr. Hoheit des Prinzen Alexander von Oldenburg, auf sein Gesuch, von den Pflichten des Präsidenten der Allerhöchst am 11. Januar 1897 eingesetzten besonderen Commission zur Ergreifung von Massregeln zur Verhütung und Bekämpfung der Pest — zum Präsidenten dieser Commission der Minister des Innern ernannt worden.

— Die hiesige Russische syphilidologische und dermatologische Gesellschaft hat den Moskauer Professor der Syphilidologie und Dermatologie Dr. A. Pospjelow anlässlich seines 25jährigen Jubiläums zum Ehrenmitgliede gewählt.

— Zu Präsidenten der Staats-Prüfungscommissionen bei den medicinischen Facultäten sind ernannt worden: in Kasan — Prof. Alexander Dogel (Histologe am weiblichen medicinischen Institut in St. Petersburg) und in Tomsk — Prof. Alexander Gay (Syphilidologe in Kasan).

— In der letzten Sitzung der medicinischen Facultät der Moskauer Universität sind mit Stimmenmehrheit gewählt worden: der Professor der operativen Chirurgie Dr. P. Djakonow — zum Professor der chirurgischen Hospitalklinik, und der Privatdocent Dr. N. S. Kischkin — zum Professor der propädeutischen Klinik, an Stelle Prof. Dr. Tscherinow's, welcher nach Ausdienung der Dienstfrist seine Lehrthätigkeit aufgegeben hat.

— Wie die Zeitungen berichten, ist der bekannte deutsche Arzt Dr. Felix Semon, Arzt am deutschen Hospital und Specialist für Kehlkopfkrankheiten in London, vom englischen König Eduard zum Leibarzt ernannt worden. Dr. Semon ist deutscher Reichsangehöriger und soll der König, wie versichert wird, bei der ihm erwiesenen Auszeichnung den Umstand seiner Staatsangehörigkeit ganz besonders im Auge gehabt haben.

— Der dirigirende Arzt der inneren Abtheilung des Berliner städtischen Krankenhauses am Urban, Dr. E. Stadelmann, welcher bekanntlich früher Docent an der Dorpater Universität war, ist zum Professor ernannt worden.

— Verstorben: 1) In Jablona (Gouv. Warschau) der ältere Arzt des 4. Eisenbahnbataillons Dr. Peter Preferanski. Der Verstorbene hat seit 1883 die ärztliche Praxis ausgeübt. — 2) In Schlüsselburg der dortige Sanitätsarzt der Landschaft Dr. K. K. Iwanow, 52 Jahre alt, indem er sich in einem Anfall von Irrsinn durch Opium vergiftet hat. I. ist mehr als 25 Jahre in verschiedenen Gegenden des Reiches meist als Landschaftsarzt thätig gewesen. — 3) Am 8. März im Permschen Gouvernement der Landschaftsarzt F. I. Wolkow im 38. Lebensjahre an Gehirnapoplexie. Nach Absolvirung des Cursus an der Militär-Medicinischen Academie im Jahre 1892 war W. anfangs Landschaftsarzt und in der letz-

[84]) Joh. Müller: Handb. d. Physiol. d. Menschen, 4. Aufl. I Bd., S. 517. Coblenz 1844.

[85]) A. W. Volkmann: Nervenphysiologie in Wagners Handwörterbuch der Physiologie, Bd. II.

ten Zeit Arzt an den Platin- und Goldbergwerken im Kreise Werchoturje. Er hat seine Frau mit 3 kleinen Kindern ganz mittellos hinterlassen. — 4) Am 12. (24.) März zu Berlin der bekannte Schriftsteller Dr. Max Ring im 84. Lebensjahre. Von Hause aus Arzt (seit 1842) widmete sich der Hingeschiedene von 1860 an ganz der Schriftstellerei, auf welchem Gebiete er sich durch seine Romane und Novellen einen grossen Ruf erworben hat. In vielen seiner Romane hat er die in seiner ärztlichen Thätigkeit gewonnenen Eindrücke verwerthet.

— Die Gesellschaft zur Bekämpfung der Infectionskrankheiten hat, gemäss dem Gutachten der Commission, zu welcher Prof. Tarnowski, Dr. L. Bertenson und die Aerztin Jelzin gehörten, die von ihr für die beste populäre Brochüre über die Syphilis ausgesetzte Prämie von 300 Rbl. dem Dr. M. A. Tschlenow zuerkannt. Diese Brochüre wird von der Gesellschaft in einer billigen Ausgabe fürs Volk herausgegeben werden. (Wr.)

— Die Senkenberg'sche Naturforschende Gesellschaft hat den Sömmering-Preis dieses Mal dem Professor extraord. der Psychiatrie in Heidelberg, Dr. Franz Nissl, für seine grundlegenden Leistungen in der Erforschung des feineren Baues der Nervenzelle in Krankheiten verliehen.

— Der Privatdocent der Augenheilkunde an der Leipziger Universität, Dr. E. Krückmann, ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

— Am 23. November d. J. vollenden sich 200 Jahre seit dem Tage, an welchem mittelst Ukases Kaiser Peter's des Grossen in der Lefort'schen Sloboda in Moskau die erste «freie Apotheke» von dem Ausländer Gottfried Gregorius eröffnet wurde. Die Russische Pharmaceutische Gesellschaft hat beschlossen, das Jubiläum festlich zu begehen und zum Andenken an dieses Ereigniss eine goldene Medaille zu stiften, die alljährlich bei einem Concurrenzausschreiben für die beste Arbeit auf dem Gebiete der Pharmacie zuerkannt werden soll. Die Mittel hierzu sollen durch Subscription aufgebracht werden.

— An der Helsingforser Universität soll, wie die «Finlandskaja Gaseta» mittheilt, eine ausserordentliche Professur für gerichtliche Medicin creirt werden.

— Der Arzt A. N. Atschkassow hat der Moskauer Universität ein Capital im Betrage von 2400 Rbl. mit der Bestimmung übergeben, dass die Zinsen dieses Capitals zur Entrichtung der Collegiengelder für einen Studenten der medicinischen Facultät verwandt werden.

— Der IV. Congress der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie wird vom 29. Mai bis 1. Juni n. St. in Giessen unter dem Vorsitz des Prof. Dr. Löhlein (Giessen) stattfinden.

— Nach dem soeben erschienenen officiellen Verzeichniss haben in Finland gegenwärtig 420 Aerzte, 28 Dentisten (Zahnärzte) und 40 Veterinäre das Recht zur Ausübung der medicinischen Praxis. Die Aerzte sind in 3 Categorien eingetheilt. Zur ersten Categorie gehören die «vollberechtigten finnischen Aerzte», d. h. solche, welche in Finland angeschrieben und im Besitz von Diplomen der Helsingforser Universität sind. Von den 373 Aerzten dieser Categorie stehen 278 in Krons-, Communal- oder Privatdienst (bei Fabriken, Gewerbeetablissements und dergl. mehr) und nur 86 sind freipraktieirende Aerzte. Freipracticirende Aerztinnen giebt es nur 4. Fast ein Drittel dieser Aerzte (115) lebt in Helsingfors. Zur zweiten Categorie, den «nicht vollberechtigten finnischen Aerzten», d. h. solchen, welche in Finland angeschrieben sind, aber ihre medicinische Bildung nicht in Helsingfors erhalten haben, gehören 13 Personen, darunter 5 Aerztinnen. Zur dritten Categorie werden die 34 Aerzte gezählt, welche in den im finländischen Grenzgebiet stationirten Truppen dienen.

— Die Pest in Südafrika. In Capstadt und Umgebung ist die Pest stetig im Wachsen begriffen. Nach einem Bericht der «Frankf. Ztg.» steht es nun fest, dass die Pest schon das britische Heer ergriffen hat und die Militärbehörden daher eigene Pestlazarethe in nächster Nähe von Capstadt errichten mussten. Bis zum 3. April n. St. sind in Capstadt 315 Personen an der Pest erkrankt, von denen 107 (darunter 22 Europäer) gestorben sind.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 10. März d. J. 8787 (38 wen. als in d. Vorw.), darunter 410 Typhus — (2 wen.), 934 Syphilis — (68 wen.), 398 Scharlach — (2 wen.), 125 Diphtherie — (6 mehr), 44 Masern — (18 wen.) und 30 Pockenkranke — (10 mehr als in der Vorw.).

Am 18. März d. J. betrug die Zahl der Kranken 8772 (15 wen. als in der Vorwoche.), darunter 392 Typhus — (18 wen.), 902 Syphilis — (32 wen.), 393 Scharlach — (5 wen.), 117 Diphtherie — (8 wen.), 45 Masern — (1 mehr) und 38 Pockenkranke (8 mehr als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 11. bis zum 17. März 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
396	288	684	145	59	121	13	14	25	48	57	50	51	55	32	14	0

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 16, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 10, Scharlach 20, Diphtherie 17, Croup 0, Keuchhusten 8, Croupöse Lungenentzündung 32, Erysipelas 0, Grippe 4, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 116, Tuberculose anderer Organe 22, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 34, Marasmus senilis 24, Krankheiten der Verdauungsorgane 67, Todtgeborene 37.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 10. April 1901.

Tagesordnung: 1) Albanus: Ueber einen eigenthümlichen Fall von Abdominaltyphus.
2) Hagentorn: Demonstration eines Falles von Magenresection wegen Carcinom.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 9. April 1901

Дозв. ценз. Спб., 29 Марта 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 14 St. Petersburg, 7. (20.) April 1901

Ueber Extrauteringravidität.

Von

Dr. med. Alexander Keilmann.

(Vortrag, gehalten auf dem XII. Livländischen Aerztetage zu Wenden.)

M. H.! Nach Vereinbarung mit Herrn Collegen Knüpffer ist mir die Aufgabe zugefallen, Diagnose und Verlauf der Extrauteringravidität darzustellen, sowie Ihnen einen Ueberblick über die Erfolge der Therapie zu geben.

Die Zahl der Beobachtungen in den letzten Jahren ist so gross, dass die statistische Bearbeitung einzelner Punkte fast zur Unmöglichkeit geworden ist. Um die Häufigkeit dieser Erkrankung zu illustriren, constatire ich in Kürze, dass Schrenk[1]) in Dorpat aus der Literatur der Jahre 1883—1893 610 Fälle gesammelt hat, dass Küstner[2]) in den Jahren 1893—1898 107 Frauen wegen ectopischer Gravidität operirt hat; in der Literatur der letzten $2^1/_2$ Jahre habe ich Berichte über 1144 Fälle gefunden und ich selbst habe in $1^1/_2$ Jahren in Riga[3]) 16 Fälle beobachtet; davon entfallen 13 auf 751 Patientinnen meiner Abtheilung des Stadtkrankenhauses und 3 auf 520 gynäkologische Kranke der Privatpraxis. Mit diesen Zahlen ist hinsichtlich der Diagnose ein Umstand festgelegt, dass nämlich die Seltenheit der Affection kein Grund ist, den Verdacht auf Extrauteringravidität im einzelnen Falle abzulehnen, es vielmehr geboten ist, bei jedem abortähnlichen Erkrankungsfall die Möglichkeit einer ectopischen Gravidität in Betracht zu ziehen. Von den 16 Fällen meiner Beobachtung sind 15 mir von Collegen zugewiesen, davon 6 mit der Diagnose Abortus; in einem Falle habe ich die Diagnose auf Abortus imminens gestellt, bis das weitere Wachsthum der Tube mich eines Anderen belehrte.

Dieses führt zur Betrachtung der Anamnese. In den meisten Fällen bietet mehr oder weniger langes Ausbleiben der Regel, subjective Annahme von Gravidität und schliesslich mit starken Schmerzen auftretende Blutung das Bild des uterinen Abortus; eine solche Anamnese ist aber auch für Extrauteringravidität und deren Unterbrechung charakteristisch und erst die objective Untersuchung kann hier den Ausschlag geben.

Als Beispiele kann ich mittheilen, dass in 11 von meinen 16 Fällen die Regel 6 Wochen bis 3 Monate ausgeblieben war und bei den 107 Fällen Küstner's dieses 70 Mal verzeichnet ist. Den Eintritt atypischer Blutung finde ich bei Küstner 74 Mal notirt, während in meinen Fällen keiner ohne Blutung war. Diese Blutungen sind nun oft nicht stark, sondern werden nur als blutiger Ausfluss bezeichnet, der gar nicht aufhören will; tritt ein solcher nach zeitweiliger Amenorrhoe auf, so darf das als bis zu einem gewissen Grade charakteristisch bezeichnet werden.

Solche Blutungen treten aber auch relativ oft im Anschluss an eine Menstruation (oder doch scheinbar so) auf, d. h. 3 oder 4 Wochen nach der letzten regelmässigen Blutung, hören dann aber nicht, wie sonst, in einigen Tagen auf, sondern dauern Wochen hindurch, ohne dass dabei erhebliche Beschwerden bestehen. Solches konnte ich bei meinen Fällen 3 Mal verzeichnen; im Küstner'schen Bericht finde ich eine derartige Notiz 8 Mal.

Dass der Abgang einer uterinen Decidua mit eintretender Blutung in der Anamnese eine bedeutungsvolle Rolle spielt, glaube ich entgegen vielfachen Angaben bestreiten zu müssen. Erstens wird dieser Vorgang von den Patientinnen häufig übersehen, zweitens tritt er offenbar gar nicht so regelmässig ein, wie vielfach angenommen wird. Ich habe nur 2 Mal Angaben erhalten, die sich so deuten liessen, dass Deciduastücke abgegangen seien; in einem dieser Fälle war die Angabe der Frau vom behandelnden Collegen mit ebenso viel Recht so gedeutet worden, als sei ein Fötus abge-

[1]) Inaug.-Dissertation, Dorpat 1893.
[2]) Volkmann's klin. Vortr. № 244—245.
[3]) Bis zum Druck dieses Vortrages habe ich weitere 6 Fälle behandelt.

gangen; Küstner konnte unter 107 Fällen auch nur in 14 Angaben über Abgang von uteriner Decidua machen. Eine uterine Decidua hat aber bei positivem objectivem Befunde eine grosse Bedeutung für die Diagnose und spricht wie im Allgemeinen auch die uterine Blutung für den eingetretenen Fruchttod; doch muss hier bemerkt werden, dass seltene Fälle bekannt sind, in denen sich die Schwangerschaft weiter entwickelt hat, trotz Blutung und trotz Abgang von uteriner Decidua.

Ein weiteres Symptom, das immer wiederkehrt, aber nur selten charakteristische Bedeutung hat, sind die Schmerzen, über die die Frauen klagen; es können das kolikartige, anfallsweise auftretende Schmerzen oder mechanisch hervorgerufene Druckschmerzen sein; den ersteren kann im Verein mit anderen Symptomen eine Bedeutung zugesprochen werden; sie treten häufig auf in Folge von Contractionen der gespannten Tube bei Eintritt eines sog. Tubarabortes. Zur Frage, ob Tubenwehen überhaupt zu Stande kommen können, will ich nur kurz einschalten, dass Thorn[4]) neuerdings sich hierüber in positivem Sinne ausgesprochen hat und Küstner[5]) solche schon früher objectiv festgestellt hat.

Hier möchte ich mir erlauben ein interessantes Beispiel aus meinen Beobachtungen zu referiren:

Frau B. erkrankte, nachdem die letzte Regel vor 6 Wochen gewesen war, mit plötzlichen heftigen Schmerzen im Unterleibe; die ärztlicherseits angeordnete Bettruhe liess die Schmerzen bald verschwinden. Leichte Steigerung der Temperatur veranlasste weitere Untersuchung, doch ergab sich kein von der Norm abweichender Befund. Eine bimanuelle Untersuchung zur Bestätigung des Verdachts auf Schwangerschaft löste heftige, kolikartige Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes aus. Dabei waren die Tuben sehr leicht zu tasten, ohne dass sich eine Verdickung einer derselben nachweisen liess; der Uterus war ein wenig vergrössert. Hier lag die Annahme eines drohenden Aborts nahe, weil nach der Untersuchung eine minimale Blutung auftrat. Bald beruhigten sich die Schmerzen und als ich nach einigen Tagen nach Schwinden aller Krankheitssymptome wieder untersuchte fand ich eine kirschgrosse Intumescenz im Verlauf der linken Tube; auch nach dieser Untersuchung traten bald heftige Schmerzen auf, die erst auf eine Morphiuminjection sistirten. Dasselbe wiederholte sich nach ca. 3 Wochen, zu welcher Zeit ich einen faustgrossen Tumor constatirte, dessen Punction dunkles Blut ergab. Das durch die Operation gewonnene Präparat zeigt die Eihöhle von Blut umgeben in der Tube und den wohlerhaltenen vom Messer längs getroffenen Embryo. (Demonstration.)

Hier waren also durch mechanische Reizung ausgelöste Schmerzen und das einmalige Ausbleiben der Menstruationsblutung anfangs die einzigen Symptome. Wäre es in diesem Falle, wie in den meisten, bei diesen Schmerzanfällen zum tubaren Abort gekommen, so hätte sich eine Hämatocele gebildet, die dann zur Folge gehabt hätte, dass beständiger Schmerz in Kreuz und Unterleib bestehen geblieben wäre; dann wären vielleicht auch Drucksymptome von Seiten des Rectums und insbesondere der Blase hinzugekommen. Wäre aber die andere Möglichkeit eingetreten, nämlich die Ruptur der Tube, dann hätten bei allgemeiner Reizung des Peritoneums schwere Symptome allgemeiner Anämie mit Collapszuständen zum sofortigen Eingriff aufgefordert. Hiermit sind denn auch die Möglichkeiten des Verlaufes angedeutet, die dem für die Diagnose wichtigen Palpationsbefunde die Unterlage geben.

Erstens also können wir einem Falle gegenüberstehen, in dem sich das extrauterine Ei ungestört entwickelt; hier würde die bimanuelle Tastung stets einen vergrösserten Uterus mit der für Gravidität charakteristischen Auflockerung seiner Gewebe finden und eine der Dauer der Amenorrhoe entsprechend grosse Intumescenz neben, hinter oder auch gelegentlich vor dem Uterus; in diesem Falle wird der Tumor meist beweglich sein und weiche Consistenz aufweisen, ohne deutliche Fluctuation.

Nicht ohne Bedeutung ist die Einseitigkeit der Affection zum Unterschiede von entzündlichen Adnexschwellungen, die in der Mehrzahl der Fälle doppelseitig auftreten und meist beschränkte Beweglichkeit besitzen. Veranlassung zur Untersuchung werden in solchem Falle Schmerzen im Unterleibe geben oder auch leichte Blutung bei subjectiver Annahme von Schwangerschaft.

Da die Unterbrechung der extrauterinen Gravidität nach der übereinstimmenden Beobachtung der Autoren meistens in den ersten 3—4 Monaten erfolgt, so kommt bei Weitem am häufigsten die Patientin mit dem mehr oder weniger vollständigen Tubarabort zur Untersuchung; dieser bietet einen leichter zu deutenden Befund. Die Blutungen aus dem abdominalen Ende der Tube sind, wenn auch sehr abundante vorkommen, meist geringer und erstrecken sich auf längere Zeit; darin ist es begründet, dass das in den Douglasschen Raum hinabfliessende Blut gerinnen kann und dann die sogenannte Hämatocele retrouterina bildet; in seltenen Fällen kann auch eine Hämatocele anteuterina zu Stande kommen, wenn das abdominale Tubenende durch Adhäsionen an die Blase oder die vordere Wand des Uterus angeheftet ist.

In den ersteren, häufigeren Fällen findet man das hintere Scheidengewölbe oft tief hinabgedrängt, den Uterus elevirt und anteponirt; wenn die Empfindlichkeit des Abdomens, die eine kurze Zeit nach Bildung der Hämatocele zu bestehen pflegt, nicht sehr gross ist, so fühlt man den Uterus besonders deutlich, weil er vergrössert und der vorderen Bauchwand genähert ist, die obere Grenze des Hämatoms findet sich in verschiedener Höhe, gelegentlich bis zum Nabel reichend in nach oben abgerundeter glatter Linie hinter dem Uterus diesen oft überragend, doch selten verdeckend. Findet man ein so gestaltetes Tastbild erst bei einer zweiten Untersuchung, so ist eine seit der letzten Untersuchung erst entstandene Hämatocele anzunehmen und gewinnt dann der Befund an Klarheit.

Verwechselungen sind möglich mit peritonealen Exsudaten etwa in Folge gonorrhoischer Pyosalpinx; schützt hier der Verlauf bezw. die Anamnese vor Irrthum, so bietet auch der allgemeine Tasteindruck einige bemerkenswerthe Unterscheidungsmerkmale. Das Exsudat befindet sich in starrer, die Hämatocele in zarter Umgebung; obgleich beide meist unbeweglich sind, so lässt die vorhandene oder fehlende Infiltration der Gewebe meist den entzündlichen Vorgang vom einfachen Bluterguss unterscheiden; meist lässt das Betasten des hinteren Scheidengewölbes schon diese Frage beantworten.

Aber es giebt auch Pyosalpinxformen, die eine verdickte Tube dem Finger präsentiren, aus der sich plötzlich Flüssigkeit in das Abdomen ergiesst. Die peritonitischen Erscheinungen brauchen sehr stürmisch dabei nicht zu sein. Dann bildet sich das Tastbild der Hämatocele retrouterina aus, das um so treuer erscheint, als man eventuell bei zweimaliger Untersuchung die plötzliche Bildung im Anschluss an eine Tubenschwellung constatiren kann. Die Temperatur kann hier für die Differentialdiagnose nicht verwendet werden, da die entsprechenden gonorrhoischen Erkrankungen in diesen Stadien oft ganz ohne Fiebersteigerungen verlaufen, andererseits bei Hämatocelenbildung sehr häufig leichte Steigerungen der Körperwärme gefunden werden, die bald wieder schwinden. Schliesst sich eine Verjauchung bald an, was nicht häufig ist, so bleibt Fieber nie aus und zeigt oft pyämischen Charakter.

Um diese Möglichkeiten auseinanderzuhalten, giebt es nur ein diagnostisches Mittel — das ist die Probepunction.

[4]) Centralblatt für Gynäkologie 1899, Nr. 19.
[5]) Müller's Handbuch der Geburtshilfe. Bd. 2, pag. 534 und 535.

Zur Verwendung gelangt hierbei eine kleine gläserne Spritze mit schwach S-förmig gebogener Canüle; letztere muss eine Länge von ca. 10 Ctm. haben. (Demonstration des nach dem Muster der Breslauer Frauenklinik gefertigten Instruments.)

Nach Desinfection der Vagina und der Hände werden 2 Finger der linken Hand in die Scheide eingeführt und diese tasten die am leichtesten erreichbare d. h. tiefste Stelle des Tumors, legen sich hier an denselben an; nun wird die sterile Canüle auf den ruhenden Fingern eingeführt und an der bezeichneten Stelle eingestossen und nun der Inhalt des Tumor angesogen. Handelt es sich um eine Hämatocele, so dringt die Canüle durch das Scheidengewölbe hindurch ohne weiteren Widerstand zu finden und beim Ansaugen erhält man dunkles Blut mit deutlich blau-violettem Farbenton oder da das Blut der Hämatocele häufig geronnen ist, bleibt die Spritze leer; in solchem Falle muss man etwaigen Inhalt der Canüle auf die Hand vorsichtig ausspritzen, wobei man ein kleines dem Canülenlumen entsprechendes Gerinnsel oder einen Tropfen Flüssigkeit von der charakteristischen Farbe erhält; letzterer genügt zur Stellung der Diagnose vollkommen. Will man zu später darzulegenden Zwecken eine etwas grössere Menge des Hämatoceleninhaltes erhalten, so kann man ohne Gefahr in der Nachbarschaft des ersten Einstichs einen zweiten vornehmen, wobei man gelegentlich leicht ein grösseres Flüssigkeitsquantum erhält.

Erstens kann die gewonnene Flüssigkeit makroscopisch betrachtet werden und spricht geronnenes oder flüssiges Blut von stark violetter Farbe für Hämatocele in Folge von Tubengravidität, während Blut aus einer Hämatosalpinx eine deutlicher braune Farbe zeigt; ist die Flüssigkeit trübe, mit gelblichen oder grauen Partikeln gemischt, so muss man eine Verjauchung annehmen; rein eitrige Flüssigkeit kann einer Pyosalpinx oder einem Exsudat entstammen, wobei die meist charakteristischen klinischen Erscheinungen die Unterscheidung ermöglichen werden.]

Auch kann man schon beim Einstich hier Anhaltspunkte zur Beurtheilung gewinnen: während bei einer Hämatocele die Hohlnadel leicht durch weiches Gewebe geht, ist der Durchstich durch infiltrirtes Gewebe schwieriger; dringt die Nadel durch das Scheidengewölbe, dann durch freien Peritonealraum und erst dann durch die Wand der Tube, so kann man das ziemlich deutlich fühlen und weiter wird die Wand einer graviden Tube bedeutend leichter durchstochen, als die einer entzündeten. Die bei der Punction gewonnene Flüssigkeit lässt sich in jedem Falle auch mikroscopisch und eventuell auch bacteriologisch untersuchen, was für die Indicationsstellung gelegentlich bei zweifelhaften klinischen Erscheinungen von Bedeutung sein kann.

Viel seltener, als das Bild des tubaren Abortes werden wir eine Tubenruptur zu diagnosticiren haben. Unter den 77 Fällen die Mandl und Schmidt publicirt haben, finden sich 9 Fälle von spontaner Ruptur, wobei oft die Vorgänge des Abortes vorher bereits klinische Erscheinungen gemacht hatten. Die Beurtheilung dieses Zustandes stützt sich auf die Anamnese und die Symptome der inneren Blutung — Anämie, Ohnmacht —, die sich an einen oft angegebenen plötzlichen Schmerz im Unterleibe anschliessen. Die bimanuelle Untersuchung wird auch hier den vergrösserten Uterus und einen parauterinen Tumor finden; das Blut, das sich in solchem Falle auch stets im Douglas'schen Raume sammeln wird, kann durch die Punctionsspritze der Beobachtung zugänglich gemacht werden.

In dem Bestreben die practisch bedeutungsvolleren Phasen der ectopischen Gravidität zu bevorzugen habe ich bisher meine Darlegungen ausschliesslich auf die erste Graviditätszeit und insbesondere auf tubare Schwangerschaften bezogen.

Die tuboovarielle und interstitielle Gravidität sind ja nur Nebenformen der tubaren und die abdominelle stets nur eine secundäre Form der ectopischen Gravidität. Somit bliebe als besondere Form die ovarielle Gravidität, die von der tubaren klinisch zu trennen wohl jeder Versuch unterbleiben muss.

Anders steht es natürlich mit ectopischen Schwangerschaften späterer Monate. Begegnet diese uns auch bei Weitem seltener, als die der früheren Zeit, so nehmen die einzelnen Fälle unser Interesse ganz besonders in Anspruch.

Wie selten heutzutage extrauterine Schwangerschaften die zweite Hälfte der Gestationszeit erreichen, lässt sich durch folgende Zahlen illustriren. Während von den Schrenk'schen Berichten (610 Fälle) sich in ca. $^1/_6$ der Gesammtzahl auf ausgetragene Schwangerschaften beziehen finden sich unter den erwähnten 1144 Fällen der letzten Jahre nur 29, d. h. 2,4 pCt. solcher. Sie werden zudem um so seltener, als die mehr und mehr in Aufnahme kommende operative Therapie in einer immer grösseren Zahl die Entwickelung schon in früherer Zeit unterbricht.

Die Diagnose stützt sich auf den Nachweis des kleinen Uterus neben der Palpation des Kindes.

Die Prognose ist, wenn erst die Schwangerschaft so weit gediehen ist noch ernster; denn wenn schon die Mutter einer Fruchtsackruptur und deren Folgen entgeht, so bleiben die Gefahren einer Verjauchung des Fruchtsackes, von Perforation der Foetalknochen in benachbarte Organe bestehen und selbst die günstigste Wendung — die Bildung eines Lithopädion bildet für die Mutter eine auch in Jahren und Jahrzehnten nicht versiegbare Quelle von schlimmsten Complicationen. Die Prognose für das Kind ist dabei kaum in Rechnung zu bringen; dasselbe wird in der geringsten Zahl der Fälle lebensfähig und je näher es diesem Zeitpunct kommt, um so grösser wird die Gefahr für die Mutter. Ohne operativen Eingriff kann natürlich kein Kind am Leben bleiben.

Zum Schlusse dieser Darlegung muss ich noch betonen, dass die Curettage des Uterus weder als diagnostische noch als therapeutische Maassnahme Berechtigung hat. Manchmal finden wir Decidua nach Aborten und bei ectopischen Graviditäten, manchmal sucht man sie in beiden Fällen vergeblich. Ja dass Decidua für Gravidität absolut charakteristisch sei, ist neuerdings sogar bestritten worden. Vergegenwärtigt man sich aber, dass die Abrasio sei es durch die damit verbundene Dislocation der Organe, sei es durch Auslösung von Contractionen die Ruptur des Fruchtsackes herbeiführen kann, so muss man wohl den Autoren beistimmen, welche die Abrasio bei bestehender Tubengravidität als Kunstfehler bezeichnen. Als Beispiel sei ein Fall von Berard[6]) angeführt, in welchem eine Tubenruptur mit letalem Ausgange sich an eine Abrasio anschloss.

Therapie.

Neben der neuerdings im Vordergrunde der Discussion stehenden operativen Therapie sind einige andere Behandlungsmethoden im Laufe der Zeit empfohlen, deren Erwähnung ich der Vollständigkeit wegen nicht unterlassen darf.

Von Winckel wiederempfohlen wurde die vorher schon von Joulie und Friedreich geübte Behandlung der Extrauteringravidität mit Injectionen von Morphium in den Fruchtsack. Hierdurch sollte die Frucht absterben und eine Resorption des Schwangerschafts-

[6]) Centralbl. f. Gyn. 1899, № 47.

products eingeleitet werden. Winckel[7]) hatte bis zum Jahre 1893 7 Fälle so behandelt, wobei 2 letal endeten; Treymann[8]) berichtet über 12 so behandelte Fälle mit 3 Todesfällen.

In gleicher Weise sollten wirken die Punction mit dem Trokart (Gaillard, Thomas) und Electricität; diese Methoden sind im Wesentlichen in Amerika und Russland zur Anwendung gekommen, doch ist in der neueren Literatur kaum mehr die Rede von ihnen.

Die Besprechung der operativen Therapie schliesst implicite auch die Berücksichtigung der rein exspectativen Behandlung in sich.

Leitend für die operative Therapie ist der von Werth aufgestellte Gesichtspunct, dass jede ectopische Gravidität wie eine maligne Neubildung anzusehen sei und daher radical entfernt werden müsse.

Zwei Wege stehen der operativen Therapie offen — der vaginale und der ventrale. Von der Vagina aus können zwei wohl zu scheidende Operationen gemacht werden: 1) Die einfache Incision und 2) die vaginale Köliotomie mit radicaler Entfernung des Fruchtsackes resp. der erkrankten Adnexa. In den Berichten sind die beiden vaginalen Methoden nicht immer streng auseinandergehalten.

In der Zusammenstellung von Schrenk finden sich 29 von der Vagina aus angegriffene Fälle mit 6 Todesfällen; 5 Mal musste die Laparotomie angeschlossen werden. Aus den letzten $2^1/_2$ Jahren habe ich Berichte über 50 Fälle gefunden, die vaginal operirt worden sind, davon sind 6 gestorben d. h. 12 pCt.; in 4 Fällen musste desgleichen die Laparotomie angeschlossen werden. Der ventrale Weg ist, wie das Studium der Literatur ergiebt in den letzten Jahren wesentlich bevorzugt worden. Schon von den von Schrenk gesammelten Fällen sind 83,5 pCt. mit Laparotomie behandelt worden, während der Rest sich auf alle übrigen Methoden vertheilt. Von den 1144 Fällen der letzten $2^1/_2$ Jahre sind 770 operativ behandelt (170 sind exspectativ behandelt und über den Rest fehlen die diesbez. Notizen) 720 Mal ist der ventrale Weg gewählt worden und da von den erwähnten 50 vaginal behandelten Fällen 4 durch Laparotomie beendet werden mussten kommen auf 46 vaginale 724 ventrale Operationen d. h. 94 pCt. der operirten Fälle werden ventral und 5—6 pCt. vaginal in Angriff genommen. Diese auffallende Bevorzugung der Laparotomie findet einerseits in theoretischen Ueberlegungen, andrerseits in ihren Erfolgzahlen ihre Begründung.

Die Erfahrung lehrt, dass vaginale Operationen oft unvollkommen bleiben, indem der Zugang zu den erkrankten Organen ein unbequemer ist und oft auf eine zwar intendirte radicale Operation verzichtet werden muss, so dass es auf eine blosse Eröffnung der vorhandenen Hämatocele herauskommt. Der Umstand, dass bei 79 vaginalen Operationen sich 9 mal die Nothwendigkeit herausstellte die Laparotomie anzuschliessen, spricht sehr zu Ungunsten des vaginalen Operationsweges insbesondere wenn man sich vergegenwärtigt, dass während der Operation entstandene Blutungen, die nicht anders beherrscht werden konnten zur Laparotomie zwangen; diese giebt im einzelnen Falle hierbei natürlich eine viel schlechtere Prognose als wenn sie von vornherein intendirt gewesen wäre. Diese Blutungen sind dabei gelegentlich Folgen der Operation an sich, während bei Laparotomien (wenigstens in den ersten Monaten der Gestationszeit) solche Blutungen nicht zu befürchten sind, in jedem Fall aber durch Ligirung der zuführenden Gefässe beherrscht werden können Gottschalk[9]). hat einen Fall operirt, in welchem die Verwundungen des Uterus eine schwer zu stillende Blutung veranlassten.

Massgebende Autoren sprechen sich in neuerer Zeit immer wieder für die operative Behandlung der Extrauteringravidität aus und unter ihnen wiederum die Mehrzahl für den ventralen Weg.

Für die Operation im Sinne Werth's sind in letzter Zeit eingetreten: Gottschalk, Olshausen, Bouilly, Segond, Veit, Orthmann, Küstner, Strauch u. A., während Fehling, Thorn und einige andere der exspectativen Behandlung das Wort reden gegenüber der bedingungslos operativen Therapie; aber auch diese Autoren finden die Operation rel. oft indicirt und wählen, wenn sie operiren, vorzugsweise den abdominalen Weg.

Für die Operation von der Vagina aus sind, soweit ich das feststellen konnte, in letzter Zeit nur Becker[10]) in Hannover und Ph. Jung[11]), ein Assistent A. Martins wieder eingetreten, nachdem Dührssen, Kossmann, Prochownik u. A. sich vorher dieser Methode bedient hatten.

Es ist hier angezeigt auf die für die eine und andre Methode in der Discussion geltenden Argumente einzugehen. Jung stellt den Grundsatz auf: Alles, was mit Aussicht und Erfolg auf vaginalem Wege ausführbar ist, muss auch auf vaginalem Wege gemacht werden. Nur bei Unmöglichkeit, auf ihm zum Ziele zu gelangen, tritt an seine Stelle der Angriff vom Abdomen aus. In erster Reihe hält Jung dafür, dass bei vaginaler Operation Infection leichter vermieden werde, als bei ventraler; zweitens bleibe den Pat. die Laparotomienarbe erspart. Das erste Argument wird nun vielfach bestritten; ja die Schwierigkeit, die Scheide genügend keimfrei zu machen und für die Dauer der Heilung zu erhalten, wird immer wieder betont und ist auch grösser, als die ausreichende Desinfection der Bauchdecken und Hände. Jeder Operateur muss heutzutage der Ansicht sein, dass die Unsicherheit in dieser Hinsicht bei gynäkologischen Laparotomien eine genügend geringe ist, um bei der Indicationsstellung nicht mehr in's Gewicht zu fallen.

Ich habe bei 76 Laparotomien im Rigaschen Stadtkrankenhause in dieser Hinsicht keinen Misserfolg zu verzeichnen. Wichtiger erscheint vielleicht das zweite Argument, doch lässt sich auch in diesem Punkt behaupten, dass die Vervollkommnung der Desinfection und der Nahtmethoden die Indicationsstellung heutzutage wesentlich erleichtert. Unter den genannten Bauchschnitten habe ich nur ein Mal eine Störung der Wundheilung (bei sehr fetten Bauchdecken) beobachtet, und auch in diesem Falle ist mehr als ein Jahr vergangen, ohne dass sich eine Hernie gebildet hätte. Nun giebt aber Jung, ebenso wie auch Schauta zu, dass die vaginale Köliotomie technisch bei Weitem schwieriger sei und damit, wie mir scheint für die Kranke auch gefährlicher. In den Berichten von Mandl und Schmidt aus der Schauta'schen Klinik finden sich wiederholte Hinweise darauf, dass bei vaginalen Operationen die Präparate besonders stark lädirt waren und oft nur stückweise entfernt werden konnten. Eine Reihe von Fällen ist bekannt, in denen bedingt durch die Schwierigkeit der Operation Complicationen eintraten, die weitere Eingriffe und unter anderem eben gerade Laparotomien, die umgangen werden sollten, nothwendig machten.

Solchen Erfahrungen verschliessen sich weder Jung noch Becker und formuliren die Grenzen der vaginalen Köliotomie folgendermassen:

Jung bezeichnet hochgradige Verwachsungen der operativ zu behandelnden Theile mit der Nachbarschaft als einzige Einschränkung, die in manchem Falle auch

7) Ber. der Kgl. Frauenklinik zu München. 1888—1892.
8) St. Petersb. med. Wochenschrift 1891.
9) Ctrlbltt f. Gyn. 1898. № 15.

10) Ctrlbltt 1899, p. 36.
11) Ctrbltt f. Gyn. 1900, pag. 578.

für den geübtesten Operateur bestehen müsse. Dass diese Schwierigkeit sich gelegentlich nicht voraussehen lässt, nimmt auch Jung an und verweist darauf, dass die nachher doch etwa nöthige Laparotomie durch die vorausgegangene Kolpotomie nicht erschwert werde.

Becker fügt dieser Einschränkung jedoch noch weitere hinzu; er hält bei Tubar-Gravität die vaginale Operation für möglich und rathsam.

1. bei absolut sicherer Diagnose;
2. bei Entwickelung der Frucht nicht über den zweiten Monat hinaus;
3. bei normaler Weite des Schambogens und genügender Elasticität der Scheide und des Beckenbodens;
4. bei normaler Dehnungsfähigkeit der ligg. lata, sacro uterina und besonders des lig. suspensor. ovarii;
5. bei völliger Beherrschung der Technik;
6. bei genügender Assistenz und guter Beleuchtung.

Ist auch nur eine dieser Bedingungen nicht erfüllt, sagt Becker, so müsste ventral operirt werden.

Indem ich beiläufig der Schwierigkeit erwähne die Länge und Dehnbarkeit der Lig. suspens. ovarii vor der Operation zu beurtheilen (B. legt hierauf besonders Gewicht) glaube ich im Allgemeinen hier die Ansicht herauslesen zu dürfen, dass erstens die vaginale Methode nur für einen kleinen Theil der Fälle in Betracht kommt und auch für diesen der ventrale Weg derjenige ist, der im Allgemeinen leichter und vollkommener zum gewünschten Ziele führt. Hierzu bemerke ich ausdrücklich, dass es sich um die vaginale Köliotomie gegenüber der ventralen handelt und mit beiden die gleichen Zwecke d. h. Behandlung der graviden Tube resp. der Adnexa angestrebt werden zum Unterschiede von der Incision in den Douglas'schen Raum zur Entleerung der Hämatocele; diese kommt für gewisse Fälle in Betracht und concurrirt mit der Köliotomie ganz und garnicht.

Erinnern wir uns nun an dieser Stelle der Thatsache, dass die Mehrzahl der Operateure die ventrale Operation der Extrauteringravidität vorzieht, so sprechen die Erfolgzahlen desgleichen für dieselbe und werden das in Zukunft noch mehr thun.

Dass die Extrauteringravidität, ohne dass operative Hilfe geleistet wird, zahlreiche Opfer fordert, ergiebt sich aus Angaben verschiedener Autoren wenn auch aus naheliegenden Gründen die Statistik in solchen Fragen die absolute Wahrheit nicht erbringen kann. Parry berechnet eine Mortalität von 67.2 pCt., Schrenk 57.7 pCt., Martin 63 pCt. und Zmigrodski sogar 73 pCt. [12]).

Demgegenüber notirt Schrenk für die operativ und insbesondere mit Laparotomie behandelten Fällen im Jahre 1893 eine Mortalität von 16.5 pCt. und betont gegenüber obigen Zahlen, dass dieser Procentsatz sehr zu Gunsten der Laparotomie spreche.

Die Berechnung für die letzten $2^1/_2$ Jahre zeigt nun einen bedeutenden Fortschritt, indem die bekannt gewordenen Fälle ohne Operation eine Mortalität von 20.5 pCt. mit Operation dagegen nur 2,9 pCt. ergeben und der Tod bei Anwendung der ventralen Köliotomie nur in 2,3 pCt. der Fälle eintrat. Hier muss betont werden, dass die Zahl der spontan verlaufenen Fälle bedeutend grösser und damit der Mortalitätsprocentsatz relativ noch mehr vergrössert wäre, wenn nicht die operative Therapie so reichlich eingegriffen hätte.

[12]) Diese Angaben sind citirt nach Schrenk. In.-Diss. Dorpat. 1893.

Auf Grund solcher Daten muss man wohl die Ansicht gewinnen, dass erstens die operative Behandlung der Extrauteringravidität die bei Weitem besten Chancen giebt und unter den Methoden die ventrale entschieden zu bevorzugen ist.

Küstner[13]) stellt in einem klinischen Vortrag folgende Formel auf: die Indication für jede Operation bei schweren Erkrankungen kann man formuliren durch die Schwere der Erkrankung dividirt durch die Gefahr der Operation. Je grösser dieser Werth ausfällt, um so besser indicirt ist die Operation d. h. je schwerer die Erkrankung und je geringer die Gefahr der Operation, desto grösser wird der Quotient; hieraus folgt, dass die Extrauteringravidität soweit sie eine Lebensgefahr darstellt, bei der geringen Gefahr der Operation unbedingt operativ in Angriff genommen werden muss.

Bei Extrauterinschwangerschaften, die das Leben nicht bedrohen, kommt nach Küstner zu der Rechnung noch ein Factor hinzu, d. i. die Möglichkeit, dass die Patientin durch die Operation von ihren Beschwerden nicht geheilt wird. Je geringer diese Möglichkeit ist, desto besser ist auch in diesen Fällen die Operation indicirt.

Wir müssen uns daher folgende Fragen zur Beantwortung vorlegen:

1. Wie gross ist die Gefahr der Operation?
2. Bedingt Extrauteringravidität Lebensgefahr?
3. Giebt es Fälle, in denen Lebensgefahr nicht vorliegt?
4. Wie ist das Befinden der Kranken nach der Operation und wie befinden sich die Kranken, die bei spontanem Verlauf einer ectopischen Gravidität dem Tode entgehen.

Die Beantwortung der ersten Frage ist eigentlich schon in den obengenannten Zahlen gegeben; eine Mortalität von 2—3 pCt. muss als ganz besonders gering bezeichnet werden, wenn man berücksichtigt, wie viele Kranke unter den beschriebenen Fällen im Zustande extremer Anämie zur Operation kommen, abgesehen von den Complicationen, die zufällig und unabhängig von der Operation den Erfolg beeinträchtigt haben. In den 12 Fällen, die ich in den letzten $1^1/_2$ Jahren operirt habe, habe ich keine Störung der Heilung geschweige denn einen Todesfall zu verzeichnen. Somit ist der Divisor bei unserer Rechnung als ausserordentlich klein zu bezeichnen.

Die Beantwortung der zweiten Frage ergiebt nun einen Dividendus von beträchtlicher Grösse. Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Entwickelung einer ectopischen Gravidität als lebensgefährliche Erkrankung anzusehen ist, da sie jedes Mal einen schlimmen Verlauf nehmen kann; damit ist nicht geleugnet, dass diese Affection auch günstig, d. h. mit langer Krankheit und schliesslicher Genesung, ja sogar in manchen Fällen ohne besonders schwere Krankheitssymptome spontan heilen kann; jedoch lässt sich das im einzelnen Falle von vornherein nicht voraussehen, sondern erst wenn der Verlauf sich in einer günstigeren Phase unserer Beobachtung zugänglich macht. Nach gestellter Diagnose, ohne dass gewisse Zeichen eines günstigen Verlaufes sich bereits ausgebildet haben, auf diese in Zukunft hoffen, hiesse das Schicksal zu sehr herausfordern.

So besteht darin kaum eine Differenz der Autoren dass:

a) bei allen nicht unterbrochenen, sich eben weiter entwickelnden ectopischen Graviditäten;

b) bei allen bestehenden Blutungen in Folge Fruchtsackrupturen;

[13]) l. c.

c) bei allen ectopischen Graviditäten, die sich über den 4. Monat hinaus entwickelt haben, selbst wenn sie dann zum Stillstand kommen;

d) bei allen verjauchten, für den Organismus eine Infectionsquelle darstellenden Producten ectopischer Gravidität,

operatives Vorgehen streng indicirt ist.

Bei Erläuterung dieser Puncte kommt nun auch die dritte Frage zur Beantwortung. Beginnt bei einer Frau die Entwickelung der ectopischen Gravidität, so kann sie abortiv im Anfang der Schwangerschaft enden, d. h. der Embryo kann absterben und das junge Ei kann völlig zur Resorption gelangen, oder es kommt bei tubarem Sitz des Eies gleichzeitig zu einer geringen Blutung, die zur Bildung einer Hämatocele führt, die ihrerseits auch völlig resorbirt werden kann; das sind die Fälle, von denen man, wenn es erst soweit gekommen ist, keine Lebensgefahr zu fürchten braucht; allein hier ist die Prognose schwierig und ohne Beobachtungszeit von 2—3 Wochen wird man mit gutem Gewissen nicht sagen können, dass nunmehr die Indication zu operativer Behandlung nicht mehr vorliege; und ist auch sichergestellt, dass die Frucht sich nicht weiter entwickele und sich eine Hämatocele gebildet habe, so kann immer noch weitere Blutung erfolgen oder die Hämatocele kann sich inficiren oder sich so langsam resorbiren, dass sie schliesslich wegen der mechanischen Beschwerden doch entfernt werden muss. In letzterem Falle empfehlen auch die mehr conservativen Autoren schliesslich die Operation. Dass Tubargraviditäten auch in der allerfrühesten Zeit letal verlaufen können, dafür dienen Fälle von Szanto[14]) und Dawson[15]) als Belege, in denen Frauen ohne Menstruationsbeschwerden plötzlich collabirten und erst die Section tubare Graviditäten jüngsten Alters als Ursache abdomineller Blutung feststellte.

Es wird somit der Dividendus bei Beantwortung der dritten Frage nur um weniges kleiner; treten aber im einzelnen Falle Rupturerscheinungen auf, so wächst er plötzlich ins Unendliche.

Bei verjauchten Hämatocelen kommt in den meisten Fällen die Incision vom hinteren Scheidengewölbe in Betracht, um den verjauchten Massen einen Ausweg zu schaffen; hier ist es nicht mehr unsere Aufgabe eine Restitutio anzustreben, sondern nur einer augenblicklichen Gefahr zu begegnen. Die Laparotomie würde hier eine so grosse Gefahr darstellen, dass der Quotient zu klein ausfiele; nicht verjauchte Hämatocelen von unten zu eröffnen, muss aber als zwecklos und fehlerhaft bezeichnet werden. Endlich gebieten ältere Graviditäten jenseits des 4. Monats den operativen Eingriff; denn hier ist die Gefahr viel grösser als sonst, da etwaige Blutungen abundanter sind und die Resorption einer der späteren Zeit angehörigen Frucht nicht mehr erwartet werden kann. Der günstigste Ausgang liegt hier in der Möglichkeit der Bildung eines Lithopädions; ein abgestorbener Foetus kann lange ohne Beschwerden getragen werden, macht aber namentlich, wenn Verkalkung ausbleibt in manchen Fällen erhebliche Beschwerden und kann sogar nach Jahren und Jahrzehnten ernste Complicationen veranlassen. Asdall, Niverth, Lemonier berichten über Fälle (cf. Centralbl. f. Gyn. 1898) in denen 15, 17 und 18 Jahre nach scheinbar günstigem Ablauf von Extrauteringraviditäten Foetusknochen den Darm perforirten und nur unvollkommen entfernt werden konnten; in einem Fall trat der Tod der Pat. ein, ehe eine operative Hilfe eintreten konnte; in diesem war 17 Jahre vorher die vorgeschlagene Operation von der Pat. verweigert worden.

[14]) Centralblatt für Gynäkologie 1898, p. 774.
[15]) Centralblatt für Gynäkologie 1898, p. 985.

Somit scheint die in den Puncten a—d bezeichnete Indicationsstellung berechtigt und wird durch die möglicherweise günstig verlaufenden Fälle in geringem Masse eingeschränkt.

Die Fragen nach dem späteren Befinden der operirten und nicht operirten Kranken lassen sich in Kürze beantworten. Von den bestehenden Beschwerden, darin sind die Beobachter einig und kann ich aus eigner Erfahrung dieses bestätigen, werden die Frauen durch die Operation prompt geheilt; in ca. 3 Wochen haben sie ihre volle Arbeitsfähigkeit wieder erlangt und sind mit Beendigung der Operation jedenfalls ausser jeder Lebensgefahr. In Fällen die dem spontanen Verlauf überlassen bleiben, dagegen entwickelt sich, wenn schon die oben dargelegten Gefahren sich nicht geltend machen ein langes Krankenlager, das allerdings oft nur mit geringen Symptomen verlaufend, doch nicht nur den Lebensgenuss, sondern auch die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt ja sogar ganz aufhebt. Es bleibt als gegen die Operation sprechend eigentlich nur die Gefahr der Hernienbildung in der Bauchnarbe, deren ich vorhin erwähnt habe; diese aber ist gering und fällt gegenüber dem Nutzen, der den Frauen mit der Operation geboten wird, kaum in's Gewicht.

In Hinsicht des Befindens der Kranken nach der Operation hat Küstner[16]) durch Umfrage ein Material beigebracht das die operative Therapie der Extrauteringravidität auch von diesem Gesichtspuncte aus empfiehlt.

Eine kurze Uebersicht über die von mir behandelten Fälle mag zeigen, dass ich aus eigener Erfahrung berechtigt bin mich der Mehrzahl der Autoren anzuschliessen und auch meinerseits die operative Therapie der Extrauteringravidität als die richtige zu bezeichnen.

Bis zum Druck dieses Vortrages habe ich (in 2 Jahren) im Ganzen 22 Fälle von Extrauteringravidität beobachtet.

Auf ventralem Wege operirt habe ich 12; von diesen Frauen war eine zum zweiten Male extrauterin gravid, nachdem vor ca. 2 Jahren die Hämatocele vaginal incidirt worden war.

Die vorgeschlagene Operation haben verweigert 7 Frauen; 1 Frau ist in Behandlung eines Collegen übergegangen und von diesem vaginal incidirt worden und 1 Kranke ist ein Jahr nach Ablauf einer ca. 4-wöchigen Tubargravidität in meine Beobachtung gekommen. Die Operation abgelehnt und exspectativ behandelt habe ich in einem Falle. Von den 7 Kranken, die die Operation verweigert hatten, habe ich 2 in der Privatpraxis längere Zeit beobachtet.

Die 12 operirten Frauen waren z. Th. schwer anämisch und hatten grosse Beschwerden; 2 hatten wiederholte schwere Collapszustände überstanden, 1 war 6 Wochen exspectativ behandelt worden und nach einer schweren Attaque mir zur Operation überwiesen. Alle diese 12 waren durch die Operation von ihren Beeschwerden geheilt; gefiebert nach der Operation hat eine; hier lag eine gonorrhoische Erkrankung der Tuben vor und bildete sich ein etwa hühnereigrosses Exsudat am Tubenstumpf, das erst nach mehreren Wochen schwand, jedoch nur geringe Beschwerden machte, sonst waren nur vereinzelte Temperatursteigerungen am 1. und 2. Tage zu verzeichnen und bei einer in der zweiten Woche. Das Bett konnten die Kranken am Ende der 2. oder Anfang der 3. Woche verlassen. 8 Frauen habe ich nach der Operation wiederholt gesehen und war ihr Befinden subjectiv und objectiv ausgezeichnet mit Ausnahme der oben genannten Pat. mit dem gonorrhoischen Exsudat, aber auch sie befand sich besser, als vor der Operation und war in ihrer Arbeitsfähigkeit nur wenig beeinträchtigt, während sie vorher bettlägerig war. Bemerkenswerth

[16]) l. c.

ist eine Kranke, die fiebernd und anämisch mit einer bis über den Nabel reichenden Hämatocele eingebracht wurde und $^1/_2$ Jahr post operationem concipirte; sie befindet sich völlig beschwerdenfrei eben im VIII Monat normaler Gravidität. Endlich darf noch eines Falles besondere Erwähnung gethan werden; hier war vor 2 Jahren wegen Tubargravidität vaginal incidirt worden und nun eine neue Tubargravidität eingetreten; bei mehrwöchiger exspectativer Behandlung verschlimmerte sich ihr Zustand, indem Fieber eintrat und dieses neben heftigen Schmerzen ein schweres Krankheitsbild veranlasste. Als Patientin in meine Beobachtung kam, zeigte das Fieber die Tendenz abzufallen und konnte ich nach Schwinden desselben eine radicale Operation machen; die Frau erholte sich danach schnell und befand sich vollkommen wohl; dass nach blosser Ausräumung der Hämatocele erneute Tubargravidität eintrat, war mir während meiner Assistentenzeit an der Breslauer Klinik bereits begegnet.

In diesen 12 Fällen hat sich also wieder gezeigt, dass schwere Krankheitszustände in Folge von Extrauteringravidität zu Stande kommen, dass die Operation die Beschwerden und Gefahren beseitigt, und dass die Gefahr der Operation an sich als ausserordentlich gering angesehen werden kann. Die weiteren Fälle haben mir aber auch gezeigt, dass das exspectative Verhalten für die Kranken nicht nutzbringend ist. Eine Kranke war zunächst exspectativ, dann ein Jahr lang mit Massage und Bädern behandelt worden; in diesem Jahre hatte sie, selbst erwerbsunfähig, ihre vorhandenen Mittel verbraucht und erklärte sich ebenso krank wie zuvor; eine fühlbare dicke Schwarte an der Hinterseite des linken Ligamentum latum, die weder die Uteruskante noch die Adnexa palpiren liess, rechtfertigte die Klagen der Patientin; 2 weitere Fälle meiner Beobachtung zeigten mir desgleichen, dass trotz langer Zeit sich nur relative Besserung erwarten lässt. Die Operation war von mir vorgeschlagen, jedoch von den Pat. verweigert worden. In einem Falle war die Hämatocele nach Verlauf von 6 Wochen noch wenig verändert, beständige leichte Blutung, die allen Mitteln trotzte hatte die Pat. sehr elend gemacht und schliesslich verlor sie die Geduld und — wandte sich an einen anderen Arzt. Im anderen Falle hatte sich keine Hämatocele gebildet; die linke Tube barg seit mehreren Wochen das todte Ei; sehr starke Schmerzen mit peritonitischer Reizung und uterine Blutung bei geringen Temperatursteigerungen zeichneten das Krankheitsbild, nach ca. 2 Monaten war der Umfang der Tube um weniges vermindert, das subjective Befinden wenig gebessert. Später theilte mir der beobachtende Arzt mit, dass die Tube völlig normal geworden und die Frau frei von Beschwerden sei. Dieser Effect war aber durch sehr langes Krankenlager erkauft und ich halte es nicht für ausgemacht, dass die linke Tube dereinst doch noch zum Ausgangspunct erneuter Erkrankung wird. Die Frau endlich, bei der die Hämatocele von der Vagina aus ausgeräumt worden war, stellte sich 13 Monate später mir vor; die fühlbare Verdickung der Adnexa und des Beckenperitoneums machten mir die schweren subjectiven Klagen der Pat. verständlich.

Ich darf somit meine dargelegten Beobachtungen als weitere Stütze meiner schon in der Assistentenzeit unter Anleitung des Herrn Professor Küstner gewonnenen Anschauungen über Extrauteringravidität und deren Behandlung und ferner als mit den in der Fachlitteratur niedergelegten Erfahrungen übereinstimmend bezeichnen und so auch auf Grund meiner persönlichen Erfahrung für die Behandlung der ectopischen Gravidität in erster Reihe operatives Vorgehen und zwar mit ventraler Köliotomie empfehlen. Eine Einschränkung dieser Indicationsstellung kann m. A. n. nur gegeben sein;

1. in bestehender bereits ascendirter Gonorrhoe (hier ist die mögliche Stumpfexsudatbildung gegen die Nachtheile der unterlassenen Operation abzuwägen);
2. bei inficirten Hämatocelen (hier kommt die Incision von der vagina aus in Betracht);
3. bei Ausbildung kleiner Hämatocelen in den ersten Wochen ectopischer Gravidität, sofern nach dem tubaren Abort einige Wochen bereits vergangen sind (hier halte ich den richtigen Zeitpunkt für versäumt).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Vademecum für histo-pathologische Untersuchungen in der Gynaecologie. Für Studirende und Aerzte von Dr. E. G. Orthmann in Berlin. Mit 73 Abbildg. Berlin 1901. Verlag von S. Karger.

Da die mikroscopische Diagnostik für den Gynäkologen von so grosser Wichtigkeit ist, so muss eine jede Arbeit auf diesem Gebiete mit Interesse studirt werden. Das Vademecum hat den Zweck dem mikroscopirenden Mediciner sowohl bei der Bereitung der Präparate, als auch bei dem Studium derselben als Hülfe zu dienen. Der technische Theil umfasst die wichtigsten und bewährtesten Methoden der Härtung und Einbettung von Präparaten und die Färbetechnik. Im diagnostischen Theil werden die pathologischen Veränderungen der Vulva, der Vagina, des Uterus, der Tuben und der Ovarien behandelt; die Histiologie wird nicht berücksichtigt, sondern als bekannt vorausgesetzt. Die Abbildungen sind nach eigenen Präparaten angefertigt und fast durchweg als sehr gelungen zu bezeichnen.

Fr. Mühlen.

Zuschrift an die Redaction.

Wir erhalten folgende Zuschrift:

Nebennierentherapie in organischen Herzkrankheiten.

Seit einiger Zeit bin ich mit Untersuchungen auf dem Gebiete der Nebennierentherapie, insbesondere über den Gebrauch der Nebennierensubstanz in organischen Herzkrankheiten beschäftigt. (Siehe: The Use of the Suprarenal Capsule in Diseases of the Heart, New York Medical Journal, Vol LXXII № 14, 1900, S. 581—585 [1]). Ich würde sehr dankbar sein, wenn einige von den geehrten Lesern der St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift mir unter nachstehender Adresse Berichte über Krankheitsfälle dieser Art, die sie beobachtet haben, zusenden wollten, mit besonderen Angaben über:

1) den Zustand des Herzens, die Beschaffenheit des Pulses, die Pulsfrequenz und dergl. m. vor dem Verabreichen des Mittels;

2) die Wirkung von pulv. gland. supraren. exsicc. (Suprarenal Capsules, desiccated) gm. 0,2 pro dosi, in leicht angefüllten Kapseln, innerhalb zehn Minuten, nachdem der Patient das Mittel gekauet und ohne Wasser verschluckt hat.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Dr. Samuel Floersheim,
218 East 46-th. St., New-York NY., U. S. A.

New-York den 25. März 1901.

Vermischtes.

— Zum Osterfest sind nachstehenden Aerzten Orden und Auszeichnungen Allerhöchst verliehen worden:

Ordensverleihungen: Der St. Stanislaus-Orden 1. Classe — dem berathenden Mitgliede des Medi-

[1]) Siehe auch La Semaine médical, 28. November 1700, S. 414.

cinalraths, wirkl. Staatsrath Dr. Trojanow und dem Corpsarzt der Grenzwache, wirkl. Staatsrath Dr. Boris Schapirow. Der St. Wladimir-Orden 2. Classe — dem berathenden Mitgliede des Medicinalraths, Geheimrath Dr. B. Tarnowski. Der St. Wladimir-Orden 3. Classe — dem Consultanten bei den Anstalten der Kaiserin Maria, wirkl. Staatsrath Dr. Tsherepnin und dem Consultanten für Chirurgie beim St. Petersburger Marinehospital Ehrenleibchirurg, wirkl. Staatsrath Dr. Murinow. Der St. Wladimir-Orden 4. Classe — dem Consultanten bei den Anstalten der Kaiserin Maria, Staatsrath Dr. N. Lunin. Der St. Annen-Orden 2. Classe — dem chirurgischen Consultanten beim Marinehospital in Kronstadt und ält. Arzt der 17. Flotteneqnipage, Staatsrath Dr. Multanowski.

Befördert zum Geheimrath: Der Medicinalinspector der Anstalten der Kaiserin Maria, Leibchirurg Dr. Eugen Pawlow.

— Am 25. März beging der Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Militär-Medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath Dr. Alexis Lebedew das 25jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. Zu Ehren des Jubilars fand am Abend ein Diner statt.

— Der Vorstand der Gesellschaft russischer Chirurgen, welcher auf dem ersten allrussischen Chirurgencongress gewählt worden, hat sich nach einem Moskauer Blatte wie folgt organisirt: Präsident ist Prof. A. Bobrow, Vicepräsident — Prof. P. Djakonow; Secretäre sind Dr. F. A. Rein und Dr. A. W. Martynow; Cassirer — Dr. F. J. Bereskin und Mitglieder — Dr. S. F. Derjushinski, Prof. Dr. F. Ssinizyn und Dr. A. N. Ssogolowjew. Der 2. Allrussische Chirurgen-Congress ist auf den 29., 30. und 31. December 1901 angesetzt. Da kurze Zeit darauf (vom 3.—10. Januar 1902) auch der 8. Congress der Gesellschaft russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow in Moskau tagen wird, so hat der Vorstand beschlossen, die Verhandlungen des diesjährigen allruss. Chirurgen-Congresses auf zwei Programmpunkte zu beschränken: 1) Indicationen zur Gastroenterostomie, ihre Ausführungsarten und deren Resultate; 2) Diagnostik und Behandlung von chirurgischen Erkrankungen der Niere.

— Zum Oberarzt der psychiatrischen Abtheilung des Odessaer Stadthospitals ist in der Sitzung des Odessaer Stadtamts am 22. März der Privatdocent der Kasanschen Universität Dr. Worotinski gewählt worden.

— Der Corpsarzt des 16. Armeecorps, wirkl. Staatsrath Dr. Gerich, ist auf eigenes Ersuchen verabschiedet worden. An seine Stelle ist der Divisionsarzt der 29. Infanteriedivision, Staatsrath Dr. Bystrow getreten.

— Der Corpsarzt des 5. Armeecorps, wirkl. Staatsrath Dr. Treskin ist wegen Krankheit verabschiedet worden, unter Beförderung zum Geheimrath.

— Wie aus Mitau gemeldet wird, ist Dr. Eduard Krüger zum städtischen Sanitätsarzt für Mitau ernannt worden.

— Vom St. Petersburger Bezirksgericht wurde der hiesige Duma-Arzt Dr. N. Grigorjew wegen Vernachlässigung der Anzeigepflicht bei ansteckenden Krankheiten zu 3tägigem Arrest, resp. zur Geldstrafe von 15 Rbl. verurtheilt. Er hatte es unterlassen, einen Fall von Pocken, die er an einem zweijährigen Knaben constatirt hatte, der Medicinalverwaltung zu melden und sich nur darauf beschränkt, den Eltern die Weisung zu ertheilen, den erkrankten Knaben in ein Krankenhaus zu bringen, welchem Rath die Eltern aber keine Folge geleistet hatten.

— Verstorben: 1) Am 1. April zu Zarskoje Sselo der frühere Marinearzt, wirkl. Staatsrath Dr. James Maack im 74. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1844—51 studirte. Nach Absolvirung seiner Studien trat M. in den Medicinaldienst der Marine, wo er successive jüngerer Flottenarzt, Oberarzt einer im Mittelmeer kreuzenden Fregatte, älterer Ordinator am Marinehospital in Kronstadt und zuletzt Arzt am Marine-Correctionshause in St. Petersburg war. Im Jahre 1883 nahm er seinen Abschied und lebte als Mitglied des medico-philanthropischen Comités in St. Petersburg und zuletzt in Zarskoje Sselo. — 2) Am 24. März in St. Petersburg der wirkliche Staatsrath Dr. Constantin Goraiski, älterer Medicinalbeamter beim Medicinaldepartement. Die ärztliche Praxis hat G. seit 1859 ausgeübt. — 3) Am 19. März in Kiew der Fabriksarzt Josef Grünhaus, der seit 1888 als Arzt thätig gewesen ist. — 4) In Odessa der Landschaftsarzt W. J. Chodshasch welcher sich in einem Dorfe, woselbst der Flecktyphus herrschte, bei Ausübung seiner Berufspflicht inficirt hatte. Er hat seine Wittwe mit vier Kindern ganz mittellos hinterlassen. — 5) Dr. Alexander Spengler, der Begründer des Curorts Davos, im Alter von 76 Jahren. Aus Mannheim gebürtig, studirte Sp. von 1846—49 in Heidelberg, musste sich aber wegen seiner Betheiligung an der politischen Bewegung jener Zeit in die Schweiz flüchten. Dort entdeckte er 1853 den damals unbedeutenden Ort Davos, wo seit undenklicher Zeit keine Lungenschwindsucht vorgekommen war, und welcher Spengler deshalb, wie auch seiner eigenartigen Lage wegen zur Errichtung einer Heilstätte für Lungenkranke höchst geeignet erschien.

— Als Nachfolger Prof. Frommel's, der seine Lehrthätigkeit in Erlangen aufgegeben und nach München übergesiedelt ist, ist der bisherige Privatdocent Dr. Adolf Gessner zum ordentlichen Professor und Director der Frauenklinik der Universität Erlangen ernannt worden.

— Der Custos am hygienischen Institut und Privatdocent der Berliner Universität, Titularprofessor Dr. Carl Günther, ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden. Das bekannte Lehrbuch der Bacteriologie Prof. Günther's, welcher früher praktischer Arzt war, ist wohl das verbreitetste Werk dieser Gattung.

(Allg. med. C.-Ztg.)

— Das von der hiesigen Commission zur Bekämpfung des Alkoholismus gefasste Gesetzesproject, betreffend die zwangsweise Unterbringung von gefährlichen und schädlichen Gewohnheitssäufern in Specialanstalten, hat dem Medicinalrath zur Begutachtung vorgelegen und soll dort mit 14 gegen 6 Stimmen angenommen worden sein.

— Aus dem zum Andenken an den verstorbenen Moskauer Psychiater Prof. S. Korssakow gestifteten Capital, welches bereits 3900 Rbl. beträgt, sind in diesen Tagen fünf kranken Studenten der Moskauer Universität zur Reise in die Krim Unterstützungen im Betrage von je 120 Rbl. bewilligt worden.

— Die medicinische Facultät der Odessaer Universität zählt gegenwärtig 113 Studirende.

— An der Universität Jurjew (Dorpat) sind in der Conseilsitzung vom 27. März d. J. 176 Studenten, darunter viele Mediciner, wegen Nichtentrichtung der Collegiengelder exmatriculirt worden.

— Bad Tölz. Die Bohrversuche, welche im vorigen Jahre hier angestellt wurden, waren bekanntlich von günstigem Erfolge begleitet, indem eine neue ergiebige Jodquelle freigelegt wurde. Hauptsächlich wohl durch diesen glücklichen Quellenfund veranlasst, fanden sich während der vorigjährigen Saison, Curgäste in so grosser Anzahl ein, dass das Badehaus bei der gesteigerten Frequenz nicht mehr genügte. Durch einen Anbau wurde dasselbe nun so vergrössert, dass 80 comfortabel ausgestattete, mit Centralheizung und Douchen versehene Badezellen zur Verfügung stehen, in welchen ausser den Krankenheiler-Jodbädern, auch Kohlensaure-, Soda-, Fichtennadel- und elektrische Bäder abgegeben werden. Ebenso wurde auch der Wunsch der Aerzte auf Inhalations-Saal erweitert.

— Die Rattenpest. Es ist ja schon lange die Ansicht ausgesprochen worden, dass die Ratten zur Verbreitung der Pest wesentlich beitragen. Bisher ist aber, wie die «Veröffentl. des deutschen Reichsgesundheitsamtes» mittheilen, nur in zwei Fällen — in Hamburg und in Bristol — der Nachweis der Rattenpest durch bacteriologische Untersuchungen bei Schiffen geliefert worden, auf denen Erkrankungen unter den Menschen nicht vorgekommen waren. In Hamburg wurden zu Anfang dieses Jahres auf einem mit Stückgütern und Lebensmitteln angelangten Schiffe, welches unter anderen Häfen des Mittelmeeres auch das pestverseuchte Smyrna angelaufen war, todte Ratten zwischen den Säcken gefunden. Die auf Veranlassung der Medicinalbehörde vorgenommene bacteriologische Untersuchung ergab, dass die Ratten an Infection mit Pestbacillen verendet waren. Durch die sofort ergriffenen Schutzmassregeln (Vernichtung der von Ratten angefressenen Ladung durch Feuer und Bestreichung der unverletzten Umhüllungen der übrigen Waaren mit 10proc. Kalkmilch) wurden Erkrankungen der Schiffsmannschaft verhütet. Diese und ähnliche Beobachtungen in Bristol bestätigen die Vermuthung, dass Schiffe, auf denen Rattenpest herrscht, die Krankheit auch auf grössere Entfernungen verschleppen können und lassen sich wohl auch die Pestausbrüche in Häfen, bei denen die Einschleppung durch erkrankte Menschen nicht nachzuweisen war, auf Uebertragung der Pestkeime durch erkrankte Schiffsratten zurückführen. Es ergiebt sich hieraus die Nothwendigkeit, in den Hafenorten eine strenge Ueberwachung der Schiffe auszuüben, um an Landungsplätzen die Auswanderung der Schiffsratten zu verhüten, zugleich aber auch der Rattenvertilgung die Aufmerksamkeit zuzuwenden und dazu auch die Bevölkerung zu veranlassen.

Bf.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 18. bis zum 24. März 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
401	354	755	177	79	117	13	14	24	56	57	60	51	40	49	17	1

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 17, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1. Pocken 3, Masern 12, Scharlach 13, Diphtherie 27. Croup 18, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 35. Erysipelas 1, Grippe 7, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0. Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 98, Tuberculose anderer Organe 23, Alkoholismus und Delirium tremens 10, Lebensschwäche und Atrophia infantum 66, Marasmus senilis 31, Krankheiten der Verdauungsorgane 69. Todtgeborene 34.

◆ **Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 10. April 1901.**

Tagesordnung: 1) Albanus: Ueber einen eigenthümlichen Fall von Abdominaltyphus.
2) Hagentorn: Demonstration eines Falles von Magenresection wegen Carcinom.
3) Weber: Ueber Peritonitis pseudomyxomatosa.

◆ **Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 9. April 1901**

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Schwester Elise Tenisson, Невскій просп. д. 136, кв. 13.
Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
Olga Bode, Вас. остр., 14 лин., д. 33 кв. 2.
Schwester Const. Schmidt, Петерб. ст. Матвѣевская ул. д. 9, кв. 20.
Frau **Marie Kubern,** Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger** und **Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Ольга Свѣтлова, Сергіевск. д. 17, кв. 19.

Дозв. ценз. Спб., 8 Апрѣля 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 15 St. Petersburg, 14. (27.) April 1901

(Aus der medicinischen Hospitalklinik des Herrn Prof. K. Dehio.)

Zur pathologischen Anatomie der perniciösen Anämie.

Von
Dr. med. H. Rubinstein,
erstem Assistenten der Klinik.

Ueberblickt man die zur Zeit so mächtig angewachsene Literatur über die sogenannte perniciöse Anämie, so sind es vorwiegend zwei Punkte, welche das Interesse sowohl der Kliniker als auch der pathologischen Anatomen für sich in Anspruch genommen haben, nämlich die Beschaffenheit des Blutes einerseits und die des Magen-Darmtractus andererseits. In dem Bestreben, die Ursache dieser schweren Erkrankung zu ergründen, suchten manche Forscher den Schlüssel dieses Räthsels auf dem Sectionstische zu finden und während man bis zu den 70er Jahren die perniciöse Anämie allgemein als durch eine ganz unbekannte Intoxication hervorgerufen dachte, wurde seit jener Zeit von mehreren Seiten auf manche bei der Obduction solcher Fälle beobachtete Veränderungen des Digestionstractus aufmerksam gemacht, welche auf die Pathogenese dieser dunklen Erkrankung einiges Licht zu verbreiten schienen und die Veranlassung gaben, die Ursache der perniciösen Anämie überhaupt in den Digestionstractus zu verlegen. Zunächst waren es die Veränderungen der Magenschleimhaut, welche von einigen Autoren als Ursache der perniciösen Anämie angeschuldigt wurden. So hat schon im Jahre 1870 Fenwick[1]) einen Fall von perniciöser Anämie, dem er im Jahre 1877 noch 3 zugefügt hat, beschrieben, bei dem er eine ausgedehnte Atrophie der Magenschleimhaut vorgefunden hat; Fenwick glaubte daher, dass die Anämie direct durch Ernährungsstörungen in Folge der Schleimhautatrophie hervorgerufen wurde. Aehnliche Beobachtungen machten Nothnagel[2]), Quincke[3]), Osler, Kennicut[4]), Nolen[5]), Rosenheim[6]), Hayem[7]) und Andere, welche sich auch dieser Auffassung über die perniciöse Anämie als die Folge der Magenschleimhautatrophie angeschlossen haben. Auch in der neueren Zeit wurde dieser anatomische Befund bei perniciöser Anämie, nämlich Atrophie der Magenschleimhaut erhoben. Diese Anschauung konnte aber nicht ohne Widerspruch bleiben, nachdem sowohl die klinische, als auch die experimentelle Erfahrung gezeigt hat, dass sogar eine vollständige Aufhebung der Magenverdauung garnicht so verhängnissvoll für den Patienten ist, wie man es sich früher vorgestellt hat, und dass sie dabei nicht zu einer so schweren Allgemeinerkrankung, wie die perniciöse Anämie es ist, führt. Man musste nun allerdings mit der Thatsache des häufigen Vorkommens einer Magenschleimhautatrophie bei perniciöser Anämie rechnen, aber als Ursache konnte sie nicht mehr angesehen werden. So fand Martius[8]) unter 17 Fällen, bei denen er eine vollständige Aufhebung der Magensecretion constatiren konnte, nur in 2 Fällen perniciöse Anämie und kommt zu dem Resultate, dass sogar eine ausgebildete Magenschleimhautatrophie mit einer entsprechenden totalen Aufhebung der Magensecretion nicht zu einer Anämie führt. Martius aber fand in denjenigen Fällen, bei welchen auch eine Anämie vorlag, eine ausgesprochene Atrophie der Darmschleimhaut und glaubt daher, dass zur Ausbildung einer Anämie eben diese Veränderungen im Darm nothwendig seien, welche durch Zerstörung der Resorptionsfähigkeit des Darms hervorgerufen wird. Auf diese Darmschleimhautatrophie haben schon allerdings vor Martius, Eisenlohr[9]) (1892) und Ewald[10]) aufmerksam gemacht, besonders letzterer, der auf Grund von 7 Fällen im Jahre 1896 und 6 Fällen im Jahre 1898 die Behauptung aufgestellt hat, dass die Veränderungen im Darmkanal die Ursache der Anämie bilden. Aber auch diese Auffassung über die Ursache der perniciösen Anämie blieb nicht ohne Widerspruch. So hat M. Koch[11]) in 5 Fällen nur die Anfangsstadien der Schleimhaut-Atrophie im Darm vorgefunden, und Möller[12]), der 13 Fälle von Botriocephalus-Anämie anatomisch untersucht hat, in einigen die Atrophie der Darmschleimhaut vollständig

vermisst, weshalb beide letztgenannten Autoren sich der Martius-Ewald'schen Anschauung nicht anschliessen und diese pathologischen Veränderungen am Darmtractus nicht als Ursache, sondern eher als Folge der Anämie auffassen.

Auch Faber und Bloch[13]), welche 4 Fälle von perniciöser Anämie genau untersucht haben, kamen noch ganz unlängst (1900) zum selben Resultate, wie Möller, nämlich dass man im Dünndarm «keine constante oder charakteristische Läsionen nachweisen könne». Wie wir sehen, stehen sich die Ansichten über das Wesen der Veränderungen im Magen-Darmtractus bei perniciöser Anämie, sowohl der echten idiopathischen, als auch der durch Botriocephalus latus hervorgerufenen, recht schroff gegenüber. Ich hielt es daher für gerechtfertigt, einen solchen Fall von perniciöser Botriocephalus-Anämie, den ich auf der Hospitalklinik des Herrn Prof. K. Dehio zu beobachten Gelegenheit hatte, zu veröffentlichen, bei dem ich ausser einer genauen mikroskopischen Blutuntersuchung auch den Magendarmtractus und die blutbildenden Organe genau untersuchen konnte. In Kürze soll hier die Krankengeschichte angeführt werden.

S. R. 55 Jahre alt, Wäscherin. Aufgenommen den 1. September 1900, gestorben den 14. September 1900. Bis zu ihrem 18. Lebensjahre lebte Patientin auf dem Lande, wo sie gewöhnliche Bauernarbeit verrichtete. Beide Eltern sollen schon lange todt sein. Ein Bruder lebt und ist gesund, eine Schwester war mehrmals krank, woran aber weiss Patientin nicht anzugeben. Welche Kinderkrankheiten Patientin durchgemacht, weiss sie nicht. Seit dem Eintreten der Menstruation wurde Patientin häufig ohne angebliche Ursache von Nasenbluten befallen. Vor 35 Jahren will Patientin eine schwere fieberhafte Erkrankung durchgemacht haben. Patientin hat stets schwer gearbeitet und unter schlechten Lebensbedingungen gelebt. Vor 4 Jahren stellten sich zum ersten Mal Kopfschmerzen und allgemeine Schwäche ein, welche bis jetzt andauern. Seit dem Frühling 1900 wurden diese Beschwerden stärker, Patientin fing an auch über Schwindel während des Stehens zu klagen. Den Bandwurm will Patientin nie bemerkt haben. Mit den obengenannten Beschwerden trat Patientin am 1. September 1900 in die Klinik ein.

Status. Patientin von mittlerem Wuchs, Muskulatur schlaff und atrophisch, Paniculus adiposus schwach entwickelt. Die Haut von blasswachsartiger Farbe. Schleimhäute ebenfalls sehr blass. Auf dem ganzen Körper, besonders aber auf der Brust und den Oberschenkeln, sind zahlreiche Haemorrhagien zerstreut, welche die Grösse eines Stecknadelkopfes bis zu einer Erbse besitzen. Patientin klagt über allgemeine Schwäche, Dyspnoe, Kopfschmerzen, Schwindel und Ohrensausen. Patientin kann wegen der Schwäche weder stehen noch gehen. Die Untersuchung der inneren Organe ergab nichts besonderes. In den Faeces aber fanden sich zahlreiche Botriocephaleneier. Die am 5. September 1900 vorgenommene Blutuntersuchung ergab folgendes: Zahl der rothen Blutkörperchen — 1,000,000, Zahl der weissen 4000 im Cub.-Millim.; Hämoglobingehalt — 30 (nach Fleischl). Der Zustand der Patientin wurde immer schlechter, die Kräfte nahmen ab. Eine ihr verordnete Bandwurmcur blieb erfolglos. Die am 11. September vorgenommene Blutuntersuchung ergab rothe — 600,000, weisse — 4000, Hämoglobingehalt — 20. Am 13. September waren bei der opthalmoskopischen Untersuchung Blutungen in der Retina beider Augen zu constatiren. Am 14. September Exitus letalis.

Die Section ergab ausser einer hochgradigen Blässe der Hautdecken und der inneren Organe noch eine Degeneration des Herzmuskels (anämisches Fettherz), anämische Degeneration der Leber, Adhäsionen der Lungen an der Brustwand und chronische Schrumpfniere. In Bezug auf den Digestionstractus fand sich folgendes:

Magenschleimhaut blass, am Fundus mehrere punktförmige Hämorrhagien; ebensolche kleine Blutungen, aber in geringerer Anzahl sind auf der Schleimhaut der Pars pylorica zu bemerken. Därme blass, die Falten der Schleimhaut fast blutleer, dünn und zart. Im Dickdarm an 2—3 Stellen kleine Hämorrhagien; die Dickdarmschleimhaut sehr blass.

Was die von mir ausgeführte mikroskopische Untersuchung betrifft, so bestätigte sie das, was man schon makroskopisch sehen konnte. Im Magen war nirgends eine Spur von Atrophie der Schleimhaut zu bemerken. Die Drüsen alle wohlbehalten und mit Cylinderepithel ausgekleidet. Nur an manchen Schnitten konnte man hier und da eine geringe kleinzellige Infiltration finden, eine Erscheinung, der man natürlich keinen grösseren Werth beimessen kann, da solche Veränderungen in jedem Magen eines älteren Individuums sich vorfinden. Die Schleimhaut von normaler Dicke, die Muskulatur nicht verdünnt.

Was den Darm betrifft, so wurden aus den verschiedensten Abschnitten desselben Stückchen behufs mikroskopischer Untersuchung entnommen. Da der Darm an einigen Stellen aufgebläht, an anderen wieder stark contrahirt war, so wurden sowohl Stücke der dilatirten wie der contrahirten Darmpartien, sowie auch die Uebergangsstellen vom contrahirten Darm zum aufgeblähten zur Untersuchung benutzt. Bei näherer Betrachtung der mikroskopischen Bilder stellte sich zunächst heraus, dass von einer Atrophie in dem Sinne, wie sie z. B. Eisenlohr oder Martius beschreiben, garnicht die Rede sein konnte. Ueberall fast war die Schleimhaut gut erhalten, die Drüsen in normaler Anzahl vorhanden, die Villi recht lang, die Muskulatur nicht verdünnt. Allerdings giebt es in meinen Schnitten auch Stellen, wo alle Schichten verdünnt erscheinen, wo die Villi recht kurz sind und die Drüsen weiter auseinander stehen als in der Norm. Diese Bilder findet man aber nur an solchen Schnitten, welche aus den aufgeblähten Darmschlingen stammen und man vermisst sie vollständig an Schnitten von contrahirten Stellen des Darms. In den letzteren findet man den Epithelüberzug der Zotten noch wohl erhalten, was aber an den aufgeblähten Abschnitten des Darms nicht zu sehen ist. Sehr auffallend sind die Bilder, die man beim Untersuchen eines Uebergangsstückes von einem aufgeblähten zum contrahirten Abschnitte des Darmes findet (Solche grössere Darmpartien lassen sich sehr bequem schneiden, wenn man einen in der Längsrichtung des Darmes ausgeschnittenen langen Streifen zusammenwickelt und so ein längeres Stück auf einmal schneidet.) Hier findet man einerseits am contrahirten Abschnitte normalen Darm, während am anderen Ende die Villi schon kürzer, die Schleimhaut dünner, die Zotten ohne Epithelüberzug und die Drüsen in nicht so dichter Anordnung erscheinen als im anderen Abschnitt. Was in keinem Theil des Darmes zu finden ist, das ist die kleinzellige Infiltration, so dass in diesem Falle mit Sicherheit ein primärer entzündlicher Process im Darm auszuschliessen ist.

Es fragt sich nun, wie wir uns diejenigen, wenn auch geringen scheinbar atrophischen Veränderungen erklären sollen, die wir in manchen Darmabschnitten gefunden haben. Sollen wir sie als partielle Atrophien betrachten oder sind sie durch irgend welche nebensächliche Ursachen hervorgerufen worden. Nach der früher herrschenden Anschauung, welcher die bekannten Untersuchungen von Nothnagel zu Grunde liegen, musste dieser Darm zu den atrophischen Därmen gezählt werden. Wir wissen aber jetzt, dass dem nicht so ist. Es ist gewiss ein grosses Verdienst W. Gerlach's[14]), eines meiner Vorgänger an der hiesigen Hospitalklinik, zuerst auf die Unzulänglichkeit der Nothnagel'schen Untersuchungsmethode aufmerksam gemacht zu haben. Gerlach nämlich versuchte experimentell diejenigen Veränderungen, die Nothnagel als sehr häufigen Sectionsbefund unter dem Namen «Darmatrophie» beschrieben hat, hervorzurufen; es stellte sich dabei heraus,

dass die genannten Veränderungen von dem Grade der Ausgedehntheit des untersuchten Darmstückes hervorgerufen werden und nur als Folge der Dehnung, nicht aber der Atrophie derselben angesehen werden dürfen. Gerlach zeigte, dass mit der Ausdehnung des Darmes seine Schleimhaut auch dünner wird, der gegenseitige Abstand der Drüsen sich vergrössert und dass nach 24-stündigem Liegen ein Kinderdarm in Folge des postmortalen Meteorismus das echte Bild der Atrophie präsentiren kann. Auch Heubner[17]) ist der Meinung, dass meteoristische Auftreibung der Därme das Atrophiebild vortäuschen könne. Die Gerlach'schen Experimente hat Habel[18]) im Jahre 1898 wiederholt und er gelangte zum selben Resultat, dass der scheinbare Schwund von Drüsen und Villi und die geringe Dicke des Darmes in den meisten Fällen ein postmortaler Process sei. Eine Bestätigung der Gerlach'schen Anschauung finden wir in der jüngst erschienenen ausführlichen Arbeit von Faber und Bloch, welche ebenfalls zur Erklärung der Darmveränderungen, welche sie bei perniciöser Anämie vorgefunden, zum Experiment Zuflucht genommen haben. Die genannten Autoren haben einem Hunde, unmittelbar nachdem er getödtet worden, Stücke von Dünn- und Dickdarm herausgeschnitten und sofort fixirt. Zugleich wurden angrenzende Darmstücke entnommen und nach Zubindung beider Enden durch Injection einer 5proc. Formalinlösung möglichst ausgedehnt. Es zeigte sich nun an den künstlich ausgedehnten Partien des Darmes, dass die Schleimhaut ganz ohne Falten war; die Lieberkühn'schen Drüsen sah man erheblich kürzer, dagegen aber bedeutend breiter, etwas gebuchtet in ihrem Verlauf und durch beträchtliche Bindegewebsräume abgegrenzt, die ebenso breit oder breiter waren als die Drüsen selbst. Die Villi standen einander ferner, waren kürzer und dicker, breiter an der Basis und nach oben zugespitzt — mit einem Worte, sie erhielten durch die künstliche Ausdehnung ein typisches Bild der Nothnagel'schen Darmatrophie.

Es ist nach den eben angeführten experimentellen Untersuchungen zweifellos, dass auch in unserem Falle die geringen scheinbar atrophischen Veränderungen, die man an manchen Stellen constatiren konnte, als echte postmortale Erscheinungen anzusehen sind, und zwar hervorgerufen durch Verwesung und meteoristische postmortale Ausdehnung des Darmes. Unser Fall schliesst sich hiermit in Bezug auf die Frage über die Darmatrophie bei perniciöser Anämie denjenigen an, welche von Koch, Möller, Faber und Bloch publicirt sind, und ist ebenso wie jene nicht dazu angethan, die Darmatrophie als Grundursache der perniciösen Anämie wahrscheinlich zu machen.

Es erübrigt mir noch mit einigen Worten auf den Blutbefund zu kommen, der insofern vielleicht von einigem Werthe ist, als es mir gelang eine genaue Untersuchung auch der blutbildenden Organe zu machen, was bis zur Zeit nur selten geschehen ist.

Bevor ich auf den Blutbefund zu sprechen komme, möchte ich nur kurz erwähnen, dass das Knochenmark in den Röhrenknochen seine gewöhnliche gelbe Farbe verloren hatte und von dunkelrothem Aussehen war (lymphoide Umwandlung). Mikroskopisch sprang vor allen Dingen die grosse Zahl der sogenannten Megaloblasten (grossen kernhaltigen Erythrocyten) ins Auge, während die übrigen zelligen Bestandtheile des Knochenmarkes weder nach ihrer Zahl noch nach ihrer morphologischen Beschaffenheit wesentlich verändert erschienen.

Was den Blutbefund betrifft, so geht schon aus dem Status praesens hervor, dass die Zahl der rothen Blutkörperchen kaum $^1/_2$ Million erreichte, was wohl sogar bei den schwersten Anämien selten zu constatiren ist. Bekanntlich aber gehört zur Diagnose «perniciöse Anämie» ein gewisses mikroskopisches Bild des Blutes, welches in unserem Falle auch thatsächlich alle diejenigen Veränderungen erkennen liess, welche für diese schwere Erkrankung charakteristisch sind. Schon im Nativpräparat vermissten wir die gewöhnliche Geldrollenbildung, die rothen Blutkörperchen lagen vereinzelt oder in Haufen und zeichneten sich durch ihre besonders blasse Farbe aus. Feinere morphologische Veränderungen zeigte weiter das Trockenpräparat. Hier konnte man thatsächlich fast die ganze Pathologie der rothen Blutkörperchen verfolgen. Poikilocyten, Mikrocyten, Makrocyten, Normo- und Megaloblasten, ausserdem liess sich deutlich die von Ehrlich zuerst beschriebene sogenannte anämische Degeneration der rothen Blutzellen nachweisen. Ich möchte die letzte Erscheinung mit einigen Worten berühren, da zur Zeit über das Wesen dieses Phänomens diametral entgegengesetzte Ansichten herrschen. Bekanntlich besteht die anämische Degeneration der rothen Blutscheiben darin, dass in der rothen Blutscheibe sich Eiweisssubstanzen ablagern, welche sich dann mit verschiedenen Farbstoffen tingiren, die wie Hämatoxylin, Methylenblau etc. normale rothe Blutkörperchen nicht anfärben; hierdurch nehmen die rothen Blutzellen, die sich sonst im reinen Hämoglobinton färben, nunmehr eine Mischfarbe an, die durch die Combination von Hämoglobin- und Stromafärbung bedingt wird.

Ehrlich[15]) betrachtet die in Frage kommende Erscheinung als eine Degeneration der rothen Blutscheiben, die durch Einlagerung einer abnormen Substanz das Stroma in seinen tinctoriellen Eigenschaften ändert und gleichzeitig den Hämoglobingehalt herabsetzt, und bezeichnet diesen Process als einen in das Gebiet der Coagulationsnekrose fallenden. Im Gegensatze zu Ehrlich ist von verschiedenen Seiten (Gabritschewsky, Askanazy[16]), Dunin und Andere) eine ganz andere Ansicht ausgesprochen worden, nämlich die, dass die in Frage stehenden anämischen oder wie sie Gabritschewsky nennt «polychromatophilen» rothen Blutkörperchen nicht als Degenerationsformen, dem Untergange verfallene Zellen, sondern als Jugendformen, als Vorstufen der fertigen Blutscheiben zu betrachten sind. Massgebend für diese Auffassung war besonders der Umstand, dass man gelegentlich bei gewissen Anämien im Blute rothe kernhaltige Blutkörperchen findet, deren Leib die gleiche polychromatophile Beschaffenheit zeigt. Bei der grossen theoretischen Bedeutung, die dieser Frage zukommt, war es mir interessant, das Knochenmark speciell daraufhin zu untersuchen. Es zeigte sich nun Folgendes: Während die Polychromatophilie im Blute stark ausgesprochen war vermisste ich sie fast stets an den Erythrocyten des Knochenmarkes, wohl aber liess sie sich constatiren an den Normoblasten und besonders stark an den Megaloblasten, welche sehr zahlreich im Knochenmarke in unserem Falle anzutreffen waren. Dieser Befund giebt uns, glaube ich, einen Fingerzeig dafür, wie wir die Polychromatophilie auffassen sollen. Wäre letztere ein Ausdruck der Jugendlichkeit der Zelle, so müssten doch gerade die Erythrocyten des Knochenmarkes, d. h. die jüngsten fertig gebildeten und zur Auswanderung in die Blutbahn fähigen rothen Blutscheiben die genannten Veränderungen zeigen. An ihnen sieht man die Veränderung nicht, sondern an den älteren Zellen, welche schon eine Zeit lang im Blute herumcursiren. Wir haben in der Polychromatophilie, glaube ich, ein Zeichen der Basophilie der Zelle, ein Merkmal, welches thatsächlich allen jungen Blutzellen, sogar den Granulis der Leucocyten zukommt. Auch dieses beruht natürlich auf der Anwesenheit irgend welcher eiweissartiger Stoffe. Während aber in den

jungen Zellen diese Stoffe vorhanden sind und beim Reifen der Zelle verschwinden, können erkrankte Blutscheiben wahrscheinlich durch chemische Veränderungen ähnliche Stoffe wieder aufnehmen. Das Resultat der Färbung ergiebt an beiden Formen der Zellen dieselbe farbige Reaction, nämlich eine Basophilie, der Grund ist chemisch wahrscheinlich derselbe oder jedenfalls ein ähnlicher, thatsächlich aber ist diese Erscheinung bei Jugendzellen normal, bei fertig ausgebildeten Erythrocyten aber pathologisch. Es ist gewiss nicht ausgeschlossen, dass man bei schweren Anämien auch polychromatophile Normoblasten finden kann, aber dieser Umstand kann ja nur dafür sprechen, dass der perniciöse Process, der meistens an den fertigen Blutscheiben seine Wirkung ausübt, so stark ist, dass letzterer sich auch an den kernhaltigen rothen kundgiebt. Ich glaube daher im Einklang mit der Anschauung von Ehrlich, Pappenheim und Maragliano, dass die sogenannte Polychromatophilie der rothen Blutscheiben ein Ausdruck der Degeneration derselben ist, wie sie sich auch künstlich am normalen Blute hervorrufen lässt, wenn man es unter Paraffin-Abschluss mehrere Stunden zwischen 25—26° erwärmt.

Auch von einer anderen Seite scheint in unserem Falle der Knochenmarkbefund nicht ohne Interesse zu sein. Bekanntlich ist noch bis heute die Frage nicht annähernd entschieden, ob für die Blutveränderung bei perniciöser Anämie verminderter Ersatz (Störung der Blutbildung) oder vermehrte Ausgabe (gesteigerter Zerfall der Blutkörperchen) als Ausgangspunkt anzusehen sei. Gewiss spricht ja die Umwandlung des Fettmarkes in rothes Mark in den meisten Fällen von perniciöser Anämie, welche Erscheinung unseren modernen Anschauungen gemäss als Ausdruck der verstärkten compensatorischen Thätigkeit des Knochenmarkes gedeutet wird, gegen den Ausgang der perniciösen Anämie aus dem Knochenmarke. Ausserdem spricht die alte bekannte Thatsache von der Eisenablagerung in der Leber, die nach einzelnen Beobachtungen bis zum Zehnfachen des normalen Eisengehaltes der Leber betragen kann, für einen zweifellosen gesteigerten Zerfall der rothen Blutkörperchen in der Blutbahn. Ich möchte aber trotzdem auf einen besonderen Befund im Knochenmark hinweisen. Während die weissen Blutzellen nur insofern eine Abweichung von der Norm zeigten, als eine procentische Vermehrung der Myelocyten gegen die Norm vorlag — schien sicher die Zahl der rothen Blutkörper sowohl der Normo- als auch der Erythroblasten stark vermindert. Allerdings fanden sich reichliche Megalo- und Gigantoblasten, aber auch diese können das Deficit der rothen Blutzellen nicht decken. Es scheint somit, dass das Knochenmark, welches sonst so sehr regenerationsfähig ist, schliesslich doch in Folge der Ueberanstrengung erlahmt und nicht mehr im Stande ist, die durch die Noxe hervorgerufene Zerstörung der rothen Blutkörperchen durch weiteren Ersatz zu compensiren. Es scheint auch das Knochenmark, wie jedes andere Organ, nur bis zu einer gewissen Zeit und zu einem gewissen Grade arbeitsfähig zu sein: wie das Herz bei grösserer Arbeitsanforderung durch Hypertrophie und Dilatation antwortet, so reagirt auch das Knochenmark, zunächst durch gesteigerte Bildung von Zellen im rothen Mark und wenn dieses nicht ausreicht durch Zuhilfenahme des sonst hämopoetisch unthätigen gelben Markes der Röhrenknochen. Und ebenso wie es für das Herz eine Grenze der gesteigerten Thätigkeit giebt, so auch für das Knochenmark: auch letzteres versagt schliesslich.

Nachtrag.

Nachdem schon diese Abhandlung fertig geschrieben war, brachte uns der Zufall einen zweiten Fall von perniciöser Anämie mit letalem Ausgang auf die Klinik, bei dem sich ebenfalls eine Atrophie des Magendarmtractus constatiren liess. Es handelte sich um einen 54 Jahre alten Mann K. M., der über Schwindel, Schwäche und Kopfschmerzen klagte. Haut und Schleimhäute äusserst blass. Hämorrhagien nirgends vorhanden. Bothriocephalus- oder andere Parasiteneier im Stuhl nicht nachweisbar. Blutbefund am 2. Februar: rothe Blutkörperchen 1,000,000, weisse 6000, Hämoglobingehalt 29 pCt. der Norm. Blutbefund am 27. Februar: rothe Blutkörperchen 760,000, weisse 4000, Hämoglobingehalt 21 pCt. Mikroskopisch: Mikrocyten, Makrocyten und Poikylocyten, keine Normo- oder Megaloblasten. Am 2. März Exitus letalis. Trotz des negativen Befundes von Normoblasten im Blute lautete die klinische Diagnose: Anaemia perniciosa essentialis, welche am Sectionstische auch bestätigt wurde, da man thatsächlich nur fettig-parenchymatöse Degeneration mancher Organe nachweisen konnte. Was nun den Magendarmtractus betrifft, so konnten makroskopisch auch in diesem Falle keine Anzeichen der Atrophie nachgewiesen werden. Die ganze Wand sowohl des Magens als auch des Darmes war von normaler Dicke, die Schleimhautfalten des Darmes nicht im Geringsten verdünnt. Leider musste die mikroskopische Untersuchung des Darmes unterbleiben, das makroskopische Bild aber des Magendarmtractus war in diesem Falle so deutlich, dass auch für das ungeübte Auge kein Zweifel bestehen konnte, dass hier nicht die geringsten atrophischen Veränderungen des Darmes vorlagen.

Literatur.

1) Fenwick: On atrophy of the stomach. Lancet 1870 und 1877.

2) H. Nothnagel: a) Cirrhotische Verschleimung des Magens und Schwund der Labdrüsen unter dem klinischen Bilde der perniciösen Anämie. Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. 24. — b) Ueber Darmatrophie. Zeitschrift f. klin. Med. Bd. VI. 1882. — c) Die Krankheiten des Darmes und des Peritoneums. I. Theil. Wien 1895.

3) Quincke: Ueber perniciöse Anämie. Volksmann's Sammlung klin. Vortr. Nr. 100. 1876.

4) Kennicuth: Atrophy of the gastric tubules, its relations to the pernicious anemia. The americ. Journ. of the medical sciences. 1887. Vol. 94.

5) Nolen: Bidträge tot de studie der progres. pernic. Anämie. Cit. nach Möller.

6) Rosenheim: Ueber atrophische Processe an der Magenschleimhaut in ihrer Beziehung zum Carcinom und als selbstständige Erkrankung. Berl. klin. Woch. 1888.

7) Hayem: a) Du sang et de ses alterations anatomiques. Paris 1889. — b) Lecons therapeutiques. IV. et dernière Serie. Paris 1893.

8) Martius: Achylia gastrica. Ihre Ursachen und und ihre Folgen. Leipzig und Wien 1897.

9) Eisenlohr: Ueber primäre Atrophie der Magen- und Darmschleimhaut und deren Beziehungen zu schwerer Anämie und Rückenmarkserkrankungen. Deutsche Med. Woch 1892.

10) Ewald: a) Ueber eine unmittelbar lebensrettende Transfusion bei schwerster chronischer Anämie. Berl. klin. Woch. 1895. — b) Bericht über den Verlauf des am 16. October 1895 vorgestellten Falles von perniciöser Anämie. Vorstellung eines Falles von Botriocephalus-Anämie. Berl. klin. Woch. 1896. — c) Centralbl. f. innere Medicin. 1898.

11) M. Koch: Ueber Veränderungen am Magen und Darm bei der perniciösen Anämie. Magdeburg 1898.

12) Möller: Studien öfver de histologiska förändringarna i digestionskanalen vid den perniciösa anaemien och botriocephalus-anaemien. Helsingfors 1897.

13) Faber und Bloch: Zeitschrift für klinische Medicin. 1900.

14) Gerlach: Kritische Bemerkungen zur gegenwärtigen Lehre von der Darmatrophie. Deut. Arch. f. klin. Med. 1896. Bd. 57.

15) Ehrlich: Ueber schwere anämische Zustände. Congress f. innere Medicin. 1892.

16) Askanazy: Ueber Bothriocephalus-Anämien und die prognostische Bedeutung von Megaloblasten. Zeitschr. für klin. Medicin. 1895. Bd. 27.

17) Heubner: Ueber das Verhalten des Darmepithels bei Darmkrankheiten der Säuglinge und insbesondere bei Cholera infantum. Zeitschrift für klinische Medicin. 1896.

18) Habel: Ueber Darmatrophie. Virch. Arch. 1898. Bd. 153.

Ist die Extrauterinschwangerschaft per vaginam oder per abdomen anzugreifen?

Von

Dr. M. von Strauch.

Privatdocent an der Universität in Moskau.

Am 21. Februar dieses Jahres hatte ich auf unserer gynäkologischen Sitzung eine Lanze für den abdominalen Weg gebrochen und ausgesprochen, dass dieses der einzig richtige Weg bei Extrauterinschwangerschaft sei! Heimgekehrt, fiel mir die Nr. 7 der «Pet. med. Woch.» in die Hand, woselbst man pag. 63 Folgendes lesen kann: «Bezüglich der Auswahl des operativen Verfahrens wäre zu bemerken, dass die Franzosen und einige andere Autoren, z. B. Strauch in Moskau die vaginalen Methoden bevorzugen. Strauch hat 48 Fälle operirt und keinen verloren».

Es ist mir in der That sehr schmeichelhaft von Herrn Dr. von Knorre citirt zu werden, der Autor würde mich aber noch mehr erfreuen, wenn er auch wirklich meine Ansichten über diesen Punkt der geehrten Gesellschaft livl. Aerzte in Wenden unterbreitet hätte. Ich muss mich aber auch wundern, dass auf der Versammlung bekannte Gynäkologen, deren Namen ich in der Diskussion lese, Herrn Dr. von Knorre über diesen, seinen Literaturirrthum nicht aufgeklärt haben!

Im Jahre 1890 habe ich in der Nr. 52 dieser Wochenschrift über Hämatocele geschrieben und den hinteren Scheidenschnitt empfohlen. Seit der Publikation sind mehr als 10 Jahre vergangen und ich habe in mehreren Arbeiten und unzählige Male in unserer gynäkologischen Gesellschaft nur den abdominalen Weg empfohlen.

Annales de gynécologie et d'obstétrique 1895 pag. 473 schreibe ich:

«Ainsi voudrai je conserver pleinement à la laparotomie la place, qui lui convient dans le traitement chirurgical des grossesses extrautérines des quatres premiers mois».

Ferner Врачъ 1898 стр. 523: Чревосѣченiе позволяетъ во всякомъ случаѣ лучше разобраться. Кромѣ того, при этомъ можно гораздо лучше удалить всю разлившуюся по брюшной полости кровь.

Ferner: Revue de gynécologie et de chirurgie abdominalo Nr. 1. Février 1899 pag. 59. «Nous ne conseillons l'incision vaginale que dans les cas où il s'agit d'une hématocèle suppurée. Dans les cas de grossesses extrautérines simples, même si le Douglas bombe dans le vagin, de telle façon que l'intervention vaginale paraît s'imposer, nous pratiquons la laparotomie comme une operation plus chirurgicale et qui permet mieux de s'orienter».

Wenn zum Schluss Herr Dr. von Knorre mein allerletztes Glaubensbekenntniss in der Behandlung der Extrauterinschwangerschaft lesen will so empfehle ich ihm die Encyklopaedie der Geburtshilfe und Gynäkologie von Sänger und Herff pag. 272, woselbst ich die Kritik der operativen Maassnahmen bei dieser Anomalie geliefert habe.

Den Lesern der geschätzten «Petersburger med. Woch.» die gerade nicht speciell Gynäkologen sind und denen diese Bücher nicht zur Einsicht stehen, will ich hier noch einmal das kurz wiederholen, was ich nun seit 10 Jahren als das Richtige bei der Operation der Extrauterinschwangerschaft halte.

Eine jede, in der Entwicklung begriffene Extrauterinschwangerschaft muss so schnell als möglich vollständig exstirpirt werden.

Ist die Schwangerschaft durch Ruptur oder Abort unterbrochen und ist der Allgemeinzustand der Pat. ein guter, so kann zugewartet werden; aber dieses nur wenn die Pat. sich in einer gutgeleiteten Klinik befindet, wo nöthigen Falls in kürzester Zeit die Laparotomie gemacht werden kann. Bessert sich bei rationellem Verhalten nicht bald der Zustand der Pat. so ist die Laparotomie dasjenige Verfahren, das die Betreffende am schnellsten einer sicheren Heilung entgegenführt. Ist der Fall rein, so ist der einzig rationelle Weg der per abdomen. Nur auf diesem Wege gewinnen wir vollen Einblick in alle Details und können so viel wie möglich konservativ vorgehen und die inneren Genitalien einer gründlichen Revision, eventuell Korrektur unterziehen. Sind neben einer Extrauteringravidität der einen Seite auch sicher die anderen Adnexe so ernst erkrankt, dass ihre Entfernung voll angezeigt, so machen wir die Totalexstirpation per vaginam, da der Uterus ohne Adnexe keinen Werth hat, wohl aber manchesmal seiner Trägerin grosse Unannehmlichkeiten bereiten kann.

Vereitert das Produkt einer Extrauterinschwangerschaft, so ist der vaginale Weg der lebenssicherere!

Während man sonst bei der Entfernung von Geschwülsten jeden Fall genau analysiren und dann erst den Weg wählen muss, auf dem die Operation zu machen, ist bei der Extrauterinschwangerschaft principiell der abdominale Weg vorzuziehen. Der Hauptgrund liegt in der steten Auflockerung des Uterus und der schwangeren Tube. Wenn man solche Organe forcirt per vaginam entfernen will, so würde man arge Zerreissungen und unberechenbare Blutungen erzeugen, deren Stillung manchesmal recht schwer, wenn nicht unmöglich per vaginam sein würde.

Wir haben schon Ovarialtumoren, die bis zur Herzgrube reichten und das Abdomen ad maximum ausdehnten und auch Myome, die die Nabelgrenze überschritten, per vaginam entfernt und müssen gestehen, dass diese Operation eine für die Pat. ungleich leichter zu ertragende ist, als die Laparotomie. Um aber Myome auf diesem Wege zu entfernen, müssen sie auch eine gewisse Festigkeit und Härte besitzen, damit beim Morcellement die Zangen und Korkzieher nicht ausreissen. Sehr weiche Myome lassen sich, ebensowenig wie Extrauterinschwangerschaftsprodukte glatt und rein per vaginam entfernen.

Dr. A. Wähner und ich haben bis jetzt 165 Laparotomieen bei Extrauterinschwangerschaft gemacht und 3 Todesfälle dabei zu beklagen. Das eine Mal wurden wir zu einer Moribunden gerufen, die von verschiedenen Aerzten während dreier Monate unter der Firma Perimetritis (sic!) behandelt worden war. Nach Eröffnung des Leibes fanden wir die schönste Peritonitis und holten aus dem Douglas zum Erstaunen aller Anwesenden eine 4 monatliche Frucht heraus. Die Operirte starb nach 12 Stunden. Der zweite Todesfall ereignete sich bei einer Pat. bei der Fruchtabtreibungsversuche gemacht waren. Die Laparotomie wies geborstene Tubarschwangerschaft auf. Nach 48 Stunden wurde wegen

Ileus der Leib wiedereröffnet. Eine Dünndarmschlinge war am Tubenstumpf adhärent, wurde gelöst, der Darm angeschnitten, entleert und genäht; trotzdem exitus nach 7 Stunden. Der dritte Todesfall betraf eine 5 Wochen Extrauterinschwangere, die 9 Stunden vor unserer Ankunft schon pulslos vom Arzte auf Fischvergiftung behandelt wurde. Die sterbende, dennoch operirte Pat. überlebte den spielend leichten, 10 Minuten dauernden Eingriff eine halbe Stunde.

So haben wir eigentlich nur eine Todte auf 165 Operationen, wo die Operation als Todesursache beschuldigt werden könnte aber auch dieser Fall ist, wegen der vorher versuchten Abortbemühungen, nicht einwandsfrei!

Die Zahl unserer vaginalen Operationen kann ich momentan nicht genau angeben, da viele von ihnen im Bachruschinschen und Bassmanschen Krankenhause von mir ausgeführt sind. Die Protokolle aber sind mir momentan nicht zur Hand. Es ist auch dies eine recht erhebliche Anzahl, jedenfalls mehr als 48 wie Herr Dr. von Knorre angiebt; von diesen Operirten ist keine gestorben. Wenn wir also über vaginale Operationen urtheilen, so ist unser Urtheil nicht theoretischer Natur, sondern ein durch ernste und manchesmal auch recht bittere Erfahrung gereiftes!

Somit müssen wir bei der Operation der Extrauteringravidität nach reiflicher Ueberlegung dem abdominalen Wege den Vorzug vor dem vaginalen geben, obgleich wir sonst letzteren sehr kultiviren.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

E. Sonnenburg: Pathologie und Therapie der Perithyphlitis. Ein Lehrbuch für Aerzte und Studirende. Vierte umgearbeitete und sehr erweiterte Auflage. Verlag von F. C. V. Vogel. Leipzig, 1900. Preis 12 Mark.

Die Monographie Sonnenburg's über die Perityphlitis erscheint in ihrer vierten Auflage in veränderter Form, und zwar als Lehrbuch, da in den letzten 3 Jahren, die seit dem Erscheinen der dritten Auflage verflossen sind, das dem Verf. zur Verfügung stehende Material, auf 600 (bis Januar 1900) von ihm operirte Fälle angewachsen ist. Das Buch enthält die Gesammtstatistik einer grossen chirurgischen Abtheilung und die Veröffentlichung aller Fälle; auf Grund dieses grossen Krankenmaterials ist es Verf. wohl gelungen ein übersichtliches, einheitliches Krankheitsbild dieses jeden Arzt in hohem Maasse interessirenden Krankheitsprocesses zu entwerfen.

Was die Terminologie anbetrifft, so hat Verf. die Bezeichnung «Appendicitis», trotz des griechisch-lateinischen Ursprungs, als bequemen und bezeichnenden Ausdruck beibehalten, und giebt für den beschriebenen Krankheitsprocess folgende Definition: «Die Perityphlitis ist eine gewöhnlich langsam vor sich gehende, oft auf Jahre sich erstreckende, manchmal spontan heilende, in der grössten Anzahl der Fälle aber fortschreitende Erkrankung des Wurmfortsatzes. Diese im Anfang auf das Organ beschränkte, später auf die Umgebung übergreifende Erkrankung ist oft characterisirt durch acute Nachschübe, die schliesslich zur Perforation oder zu Gangrän des Organs, verbunden mit schweren Complicationen führen. Es ist erklärlich, dass eine acute Appendicitis jedes Alter befallen kann, allerdings vorwiegend gern bis zur Altersgrenze, in der die physiologische Obliteration sich bemerkbar macht. Die im höheren Alter zur Beobachtung kommenden Fälle zeigen bei Operationen deutlich, dass es sich um Processe handelt, deren Entwicklung unzweifelhaft oft schon viele Jahrzehnte vorher begonnen hat».

Die Eintheilung Verf., welche den practischen Vorzug besitzt, dass bei richtiger Ueberlegung der Anamnese, der subjectiven und objectiven Symptome eine präcise Diagnose gestellt und auch gleich das therapeutische Handeln daraus ersichtlich ist, ist folgende: 1) Appendicitis simplex, 2) Appendicitis perforativa, 3) Appendicitis gangraenosa, an diese reihen sich nun an 4) Appendicitis tuberculosa und 5) Appendicitis actinomycotica.

Nachdem im I allgemeinen Theil noch vom Verf. ausführlicher über Differentialdiagnose und Prognose discutirt worden ist, ersehen wir aus der Gesammtstatistik S's operirter Fälle, dass er eine Gesammtletalität von 13,5 zu verzeichnen hat, gegen 18,7 pCt. in der 3 Auflage des Handbuches. Diese wesentliche Aenderung möchte Verf. zum Theil auf die grosse Anzahl der im freien Intervall operirten Fälle, die die beste Prognose geben, 0,5 pCt. Mortalität, zurückführen, zum Theil aus dem Umstande herleiten, dass die anatomische Diagnose des einzelnen Falles sicherer wurde und die Technik der Operation vollkommener. Interessant sind die Tabellen über die Appendicitis bei Kindern.

Im Allgemeinen wird man bei Kindern dieselben Beobachtungen wie bei Erwachsenen machen können. Der Beginn der Erkrankung wird bereits in ein sehr jugendliches Alter fallen können, da es erstens angeborene Disposition zur Erkrankung, wie abnorme Lage, Länge oder Knickungen des Appendix, giebt, vor Allem aber im Kindesalter Reichthum an Lymphfollikeln des Appendix vorhanden ist. Oft treten bei Kindern typische, schnell vorübergehende Anfälle, die den Beginn der Erkrankung anzeigen, auf. In den meisten Fällen pflegen aber die ersten Symptome sich nicht sonderlich zu markiren, jedenfalls leicht der Beobachtung des Arztes und der Eltern zu entgehen und etwa vorhandene Appetitlosigkeit, Leibschmerzen und s. w. mit den im Kindesalter so häufig auftretenden Verdauungsstörungen verwechselt und identificirt zu werden. So kommt es, dass die beginnenden pathologischen Veränderungen des Wurmfortsatzes gerade bei Kindern ungemein häufig latent verlaufen, bis durch eine meist vom Darm aus fortgeleitete virulentere Infection plötzlich ein heftiger Anfall, scheinbar der erste, auftritt und das Leben des kleinen Patienten bedroht. Die Gesammtstatistik der operirten Kinder umfasst 92 Fälle (55 neu hinzugekommen in den letzten drei Jahren). Geheilt wurden 77, gebessert 2, 13 starben. Das jüngste der Kinder betrug 2½ Jahre. Dem Geschlechte nach waren 49 Knaben und 43 Mädchen. 9 mal handelte es sich um Append. simplex, 2. Append. tuberculosa, 48 Append. perforativa, 17 Append. gangraenosa. 16 mal wurde im freien Intervall operirt, sämmtliche Fälle heilten. 5 mal wurde in letzteren Fällen Eiter gefunden.

Alsdann folgen grössere Capitel: II. über Aetiologie und Pathogenese, III. pathologische Anatomie, IV. Symptome, Diagnose. Prognose. V. Therapie der Appendicitis. In diesem letzteren werden ausführlich besprochen die Indicationsstellungen zum operativen Eingriff und die Technik desselben. Den einzelnen Capiteln sind Abbildungen im Text, 46 an der Zahl, beigefügt, und zum Schlusse finden sich auf 6 farbigen Tafeln zahlreiche Reproductionen pathologisch-anatomischer Befunde.

Wie interessant die Schilderung des Stoffes erfolgt, wie viel Lehrreiches nicht nur der Specialist, sondern jeder practische Arzt in diesem Buche finden wird, das braucht nicht besonders angeführt zu werden. Der Name des Verf.'s, seine Autorität auf diesem Gebiete bürgen für Alles. Dass die Kenntniss dieses Krankheitsprocesses aber jedem Praktiker absolut geläufig sein muss, ist schon daraus ersichtlich, wie viel gerade bei einer Appendicitis es ankommt auf praecise Diagnosestellung und auf ein richtiges Verständnis der im einzelnen Falle vorliegenden Erscheinungen, damit bei dem augenblicklichen hohen Stande der Chirurgie vom Internisten der Moment nicht versäumt wird den Fall in die richtigen Hände zu übergeben.

Hecker.

Die Algeoskopie von Dr. Karl Franke. (München, 1900. Seitz und Schauer).

Der Verf. glaubt in der Algeoscopie (Prüfung auf krankhaften Druckschmerz) ein neues diagnostisches Hilfsmittel zur Erkennung der Erkrankungen der Brusthöhle gefunden zu haben. Beispielsweise soll der Druck auf die Gegend des endocarditisch erkrankten Herzen's an typischer Stelle characteristisch sein. Auch phtisische Spitzenaffectionen, Pericarditis, Myocarditis lassen sich auf diese Weise bestimmen. Eine Beurtheilung dieser etwas verblüffend einfachen Methode ist natürlich nur bei Nachprüfung möglich.

Voss.

Vermischtes.

— Dem Director des Medicinaldepartements, Geheimrath Dr. Ragosin und dem ehemaligen Professor der Militär-Medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath Dr. Fürst Tarchan-Murawow ist das Comthurkreuz des französischen Ordens der Ehrenlegion verliehen worden.

— Dem Ehrenhofmedicus wirkl. Staatsrath Dr. Baikow hierselbst ist das Gross-Officierkreuz des Ordens der Krone von Italien verliehen worden.

— Der bekannte Moskauer Gynäkologe Prof. emer. Dr. W. Snegirew hat, wie die Tagesblätter berichten, eine Einladung nach Belgrad seitens des serbischen Hofes erhalten, um der serbischen Königin bei der bevorstehenden Entbin-

dung ärztlichen Beistand zu leisten. Er reist demnächst mit einem Assistenten und zwei Feldscherinnen dahin ab.

— Der bisherige Assistent beim Lehrstuhl der allgemeinen Pathologie in Kiew, Dr. A. F. Mankowski, hat sich als Privatdocent für Histologie an der Odessaer medicinischen Facultät habilitirt.

— Zum stellvertretenden Professor der Augenheilkunde am weiblichen medicinischen Institut ist der Privatdocent der Militär-Medicinischen Academie und Assistent am St. Petersburger Klinischen Militärhospital Dr. Nikolai Andogski ernannt worden.

— Dr. P. Jenko, Consultant für innere Krankheiten an den Anstalten der Kaiserin Maria und am Olga-Hospital, älterer Arzt des St. Petersburger Wittwenhauses und des Alexander-Instituts ist zum Director der St. Petersburger Taubstummen-Anstalt ernannt worden, unter Belassung als Consultant am Olga-Hospital.

— Der Gehilfe des Militär-Medicinalinspectors des Amur-Gebietes, wirkl. Staatsrath Dr. v. Reutlingen, ist zum Corpsarzt des 5. Armeecorps ernannt worden.

— Die Professoren der Militär-Medicinischen Academie, wirkl. Staatsräthe Winogradow (Pathologe) und Rein (Gynäkologe) sind in der Würde eines Academikers bestätigt worden.

— Der Professor der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Militär-Medicinischen Academie, wirkl. Staatsrath Dr. A. Lebedew, ist, nach Ausdienung der gesetzlichen Dienstfrist von 25 Jahren, auf weitere fünf Jahre, d. i. bis zum 24. März 1906, im Dienst belassen worden.

— Die Conferenz der Militär-Medicinischen Academie hat den Beschluss gefasst, um das Andenken des verstorbenen Chefs der Academie Paschutin zu ehren, in dem Auditorium, in welchem der Verstorbene als Professor seine Vorlesungen gehalten, seine Büste und im Conferenzsaale, in welchem derselbe während einer Sitzung plötzlich verschied, sein Bildniss aufzustellen.

— Ordensverleihungen: Der St. Annen-Orden 2. Classe — dem älteren Arzt des hiesigen Findelhauses Dr. W. Hubert und dem Consultanten bei den Moskauer Anstalten der Kaiserin Maria, Dr. v. Stein.

— Verabschiedet nach Ausdienung der Jahre: Der Prosector der Militär-Medicinischen Academie, Staatsrath Dr. Jacobson.

— Verstorben: 1) Am 8. April in Nizza der Oberarzt des Ismailow-Landschaftshospital bei Moskau, Dr. Xenophon Jasykow, im 36. Lebensjahre. Der Hingeschiedene war ein Schüler der Moskauer Universität, an welcher er 1891 auch den Arztgrad erlangte. Seine ärztliche Thätigkeit begann er als Fabrikarzt im Bogorodsker Kreise, um dann 1898 die Einrichtung und Leitung des neuen Ismailow-Hospitals zu übernehmen. — 2) In Odessa der dortige Arzt Joseph Schawykin, welcher seit 1886 die ärztliche Thätigkeit dort ausgeübt hat. — 3) In St. Petersburg am 3. April die städtische Schulärztin Anna Ssomow im 41. Lebensjahre. — 4) In Turin der verdiente Anatom und Pathologe Prof. Dr. Bizzozero, ein Schüler Virchow's, im Alter von 54 Jahren. Der Verstorbene, welcher seit 1872 Professor der allgemeinen Pathologie an der Turiner Universität war, ist Verfasser mehrerer Lehrbücher (z. B. Handbuch der klinischen Mikroskopie) und hat sich ein bleibendes Andenken in der Geschichte der Wissenschaft durch seine Entdeckung der Blutplättchen und der Blutplättchen-Thrombose gestiftet.

— Prof. Dr. E. W. Pawlow ist auf der letzten Pariser Weltausstellung die goldene Medaille für ein nach seinen Angaben angefertigtes Operationszelt verliehen worden.

— An Stelle des nach Königsberg berufenen Professor Garré ist der Prof. extraord. Dr. Graser in Erlangen zum ordentlichen Professor der Chirurgie und Director der chirurgischen Klinik an der Universität Rostock ernannt worden.

— Vor Kurzem beging der berühmte Gesanglehrer Manuel Garcia (in Paris), welcher durch seine stimmphysiologischen Forschungen, die ihn 1855 zur Entdeckung des Kehlkopfspiegels führten, sich grosse Verdienste erworben hat, seinen 96. Geburtstag.

— Dem Privatdocenten der Psychiatrie und Oberarzt der psychiatrischen Universitätsklinik in Marburg Dr. A. Buchholz ist der Professortitel verliehen worden.

— Der Privatdocent für Syphilis und Hautkrankheiten Dr. E. Kromayer in Halle ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

— Die Stadtduma von Bachmut (Gouv. Jekaterinosslaw) hat dem Dr. J. Monjakow in Anerkennung seines neunjährigen eifrigen und nützlichen Dienstes im städtischen Ambulatorium eine Zulage von 500 Rbl. jährlich zu seinem bisherigen Gehalt (1000 Rbl.) bewilligt und zugleich ihm eine Dankadresse zu überreichen beschlossen. (Wr.)

— Bei der Moskauer Gesellschaft russischer Aerzte wird auf den Namen des verdienten Leiters des Sanitätsbureaus der Moskauer Gouvernements-Landschaft Dr. E. A. Ossipow eine Prämie gestiftet, die für die besten Arbeiten auf dem Gebiet der öffentlichen Medicin verliehen werden soll. Die genannte Landschaft hat in Anbetracht der grossen Verdienste, welche Dr. Ossipow durch die Begründung und Leitung des Sanitätswesens in der Moskauer Landschaft sich erworben, 500 Rbl. zum Prämienkapital beigesteuert. (Russ. List. — Wr.)

— Zur Richtschnur bei der Beurtheilung des Trachoms im Militärdienst hat das Militär-Medicinische Gelehrte Comité die Erklärung abgegeben, dass nicht alle mit Trachom behafteten dienstpflichtigen Personen vom Militärdienst zu befreien sind, sondern nur solche, bei denen die Krankheit bereits pathologische Veränderungen der Hornhaut des Auges bewirkt hat.

— Das Project des von der Stadt St. Petersburg zum Gedächtniss der Krönung Ihrer Majestäten zu errichtenden Kinderhospitals ist vom Stadthauptmann bestätigt. Das Hospital, welches auf der Wiborger Seite erbaut wird, ist für 402 Betten berechnet, welche in 8 Pavillons untergebracht werden. Die Baukosten sind auf 1,700,000 Rbl. veranschlagt.

— An dem gemeinsam vom Deutschen Reiche und vom Hamburgischen Staate ins Leben gerufenen Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten in Hamburg werden 4 Wochen dauernde Curse für Aerzte zu dem Zweck gehalten, diese in das Studium der Malaria und anderer Tropenkrankheiten einzuführen. Die Unterweisung findet theils in dem Laboratorium des Instituts, theils im Seemannskrankenhause statt, wo Gelegenheit zur Beobachtung an Kranken gegeben ist. (Allg. med. C.-Ztg.)

— Pestnachrichten. Die Pest macht in Südafrika immer weitere Fortschritte Wie von dort gemeldet wird, sind auch in Port Elisabeth Pestfälle vorgekommen. In Capstadt sind bis zum 8. (21.) April 456 Personen an der Pest erkrankt und von diesen 185 gestorben. Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 24. März d. J. 8552 (220 wen. als in d. Vorw.), darunter 353 Typhus — (39 wen.), 868 Syphilis — (34 wen.), 382 Scharlach — (11 wen.), 88 Diphtherie — (29 wen.), 46 Masern — (1 wen.) und 32 Pockenkranke — (6 wen. als in der Vorw.).

Am 31. März d. J. betrug die Zahl der Kranken 7942 (610 wen. als in der Vorwoche.), darunter 341 Typhus — (12 wen.), 773 Syphilis — (95 wen.), 330 Scharlach — (52 wen.), 112 Diphtherie — (24 mehr), 36 Masern — (10 wen.) und 31 Pockenkranke (1 wen. als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 25. bis zum 31. März 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
306	298	604	135	92	110	24	10	22	65	55	46	36	46	40	17	1

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 3, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 2, Masern 12, Scharlach 19, Diphtherie 28, Croup 0, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 35, Erysipelas 6, Grippe 4, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 71, Tuberculose anderer Organe 34, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 29, Marasmus senilis 23, Krankheiten der Verdauungsorgane 44, Todtgeborene 39.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 24. April 1901.

Tagesordnung: 1) Dobbert: Therapie der unterbrochenen Extrauterinschwangerschaft.

2) Fuhrmann: Ein Fall von Bradycardie.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 7. Mai 1901

GUBER-QUELLE

Wirksamstes Eisen, Arsen-Wasser, gegen Blutarmuth, Frauenkrankheiten, Nerven- und Hautkrankheiten etc.

Zu haben in allen Mineralwasserhandlungen, Apotheken und Droguerien.

(31). 26—4.

Dionin

Ersatz für Codein und Morphin, besonders bei Erkrankungen der Respirationsorgane.

Largin

höchstprocentige Silbereiweiss-Verbindung, ausgezeichnet für die Gonorrhoe-, Wund- und Augentherapie.

Jodipin

bewährter Ersatz für Jodkalium. Specificum bei tertiärer Lues; bewährt bei Asthma, Emphysem u. Skrofulose.

Stypticin

bewährtes Hämostaticum vorzügl. Mittel in der gynaekolog. und zahnärztlichen Praxis.

Tannoform

ausgezeichnetes Adstringens- und Antidiarrhoicum.

Bromipin

neues Sedativum, insbesondere gegen nervöse Zustände und Epilepsie zu empfehlen.

Diphtherieheilserum

staatlich geprüft, 500-fach und 1000-fach normal.

Die reichhaltige Literatur gratis und franko.



chemische Fabrik — Darmstadt.

SANATOGEN.

Kräftigungs- und Auffrischungsmittel, namentlich für die Nerven.

Als diätetisches Nährpräparat bei **Lungenkrankheiten, Nervösität und Nervenschwäche,** bei **Frauenleiden, Bleichsucht und Blutarmuth,** bei **Magen- und Darmleiden,** bei **Ernährungsstörungen** der Kinder, in der Reconvalescenz nach erschöpfenden Krankheiten, zur **Vermehrung der Milch bei stillenden Frauen.**

Glänzend begutachtet

von den medicinischen Autoritäten aller Länder: in den Kliniken der Geheimräthe **v. Bergmann, Eulenburg, Tobold** in Berlin, in der dritten medicinischen Klinik des Hofraths **v. Schrötter,** der Kinderklinik des Professors **Frühwald,** in der n.-ö. Landes-Irrenanstalt Wien etc. etc.

Hergestellt durch die Firma **Bauer & Co.,** Berlin, S. O. 16.

Zu haben in allen Apotheken und Drogerien.

— Vertreter für Russland —

In Moskau:
A. Jorkowsky,
Warwarka, Haus der Gesellschaft Wikula Morosow.

In St. Petersburg:
A. Grube, Nachfolger,
Wass. Ostr., Wolchowsky Per. Haus Nr. 5.

Nur echt in der russischen Original-Packung.

CURORT HAPSAL.

Am baltischen Strande in Estland.

Saison vom 20. Mai bis zum 1. September.

Schlammbäder, Fichtennadel-, Salz-, Eisen- und Dampf-Wannen. Die wärmsten Seebäder am baltischen Strande. Mittlere Meerestemperatur 17,6° R. Massage-, Elektricität- und Mineralwasser-Curen. Gesundes Klima, reinste, stärkende Seeluft, mittlere Sommertemperatur 17,9° C., deshalb speciell indicirt bei Schwächezuständen des Kindesalters jeglicher Art. Jährlich über 3000 Curgäste, die an den verschiedenen Arten von Rheumatismus, Gicht, chronischen Affectionen der weibl. Sexualorgane, Scrophulose etc. litten. Volle Pension zu mässigen Preisen im Hotel «Salon».

Musik, Theater, Concerte, Tanzabende etc. im Cursaal — Broschüre und Auskünfte über Wohnung durch die

Bade-Commission.

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen

Keuchhusten, Kehlkopf- u. Bronchialkatarrh.

Zu beziehen in Flaschen von ca. 250 gr. Inhalt durch jede Apotheke.

Literatur: siehe Therapeutische Beilage Nr. 7 d. D. med. Wochenschr. Nr. 27 (98); Nr. 56 d. A. M. C. Z. (99); Nr. 29 d. A. B. C. (99); Nr. 17 der Wiener Med. Bl. (1900).

Hergestellt in der **Kommendanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.**

Dépôts: **Apotheker Ad. Marcincsik, Kiew und Apotheker H. Bierstümpfel, Warschau, Marszalkowska 133.**

(20) 26—7.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

SEE-BAD HUNGERBURG

bei Narva, baltische Eisenbahn, 4½ Stunden Fahrt von St. Petersburg. Herrlicher, breiter Strand 5 Werst lang, 5□ Werst Fichtenwald. Absolut trockener Sandboden. Kurhaus, Pensionate, Musik, Lawn-Tennisplätze, Parkanlagen, gute Apotheke mit Lager sämmtlicher Mineralwässer. Apotheker-Magazin. Orthodoxe und lutherische Kirche. Vorzüglich eingerichtete

Wasserheilanstalt.

Wannen-, See- und Süsswasserbäder — Mineralbäder, Kohlensäurebäder, Schlammbäder, Dampfkastenbäder, Heissluftbäder. Charcot'sche Douchen unter Hochdruck bis 2 Atmosphären, Wechseldouchen Priessnitz'sche Einpackungen. Elektrische Behandlung mit galvanischer, faradischer, bipolare elektrische Bäder, Suspensionsbehandlung. Massage und Gymnastik für Kinder und Erwachsene.

Nähere Auskünfte ertheilen: Herr Apotheker **Abramson**, Hungerburger Apotheke und der Besitzer und leitende Arzt der Wasserheilanstalt **Emil Kroug**. Wosskressensky Prosp. № 17 Q. 23, St. Petersburg. Montag, Mittwoch und Freitag 12—9 Uhr Abends.

(65) 2—1.

Dr. von Sohlern's Heilanstalt in Bad Kissingen,

für Magen-, Darm- und Stoffwechselkranke. Grösstes und ältestes klinisch geleitetes Institut am Platze.

Geöffnet vom 1. April bis 15. October.

— Prospecte gratis. —

(68) 16—1.

Dr. Freiherr von Sohlern.

MARIENBAD (BÖHMEN) Weltcurort

ausgezeichnet durch seine Höhenlage in Waldungen, mit dem stärksten sämmtlicher bekannter Glaubersalzwässer, dem kräftigsten der reinen Eisenwässer, dem eisenreichsten aller Mineralmoore.

Wirksam gegen Krankheiten des Magens, der Leber, Stauung im Pfortadersystem, Gallensteine, Blasenleiden, Frauenkrankheiten, allgem. Erkrankungen, Fettleibigkeit, Gicht, Blutarmuth, Zuckerkrankheit etc.

Das **„Centralbad“** u. **„Neubad“** neuerbaut, zweckmässigst und mit grösstem Comfort ausgestattet, mit Kohlensäure-, Moor-, Stahl-, Dampf-, Gas- u. Heissluftbädern, Kaltwasser-Heilanstalt, Massage und schwedische Heilgymnastik in der medico-mechanischen Zanderanstalt. Elektr. Zweizellenbad. **Neuerbaute Colonnade. — Salz-Sud-Werk. — Elektrische Stadt-Beleuchtung. — Hochquellen-Wasserleitung.**

Theater. — Tombola. — Tanz-Reunionen. — Jagd. — Fischerei. — Reit- u. Radfahr-Club. — Gedeckte u. offene Reitbahn, Pensionsstallung. — Jugendspiel-Plätze. — Lawn-Tennis. — Interurb. Telephon.

Saison vom 1. Mai bis 30. September. Frequenz 22,000 (excl. Passanten). Prospecte gratis vom Bürgermeisteramt.

FÜR TRINKCUREN im Hause: Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, Waldquelle, Rudolfsquelle, Ambrosiusbrunn, Carolinenbrunn. Die Fl. haben eine Grösse v. ¾ Lt. Inh. **Natürliches Marienbader Brunnensalz,** pulv. u. kryst. (0.862 gr. pulv. Salz entsprechen 100 gr. Mineralwasser). In Flacons à 125 gr. u. 250 gr. oder dosirt zu 5 gr. in Cartons.

Marienbader Brunnen-Pastillen. in Orig.-Schachteln. säuretilg. u. schleimlösend.

FÜR BADEKUREN Marienbader Moorerde, Brunnenseife, Mutterlauge u. Laugensallz. In allen Mineralw.-Handl., Droguerien u. grösseren Apotheken erhältlich.

Bürgermeisteramt.

Brunnen-Versendung, Marienbad.

PYRMONT.

Saison Anfang Mai bis 10. October — Frequenz: 16—17000.

Station der Hannov.-Altenb. Eisenbahn u. des Eilzuges Berlin-Hildesheim-Cöln-Paris. **Stahl-, Moor- u. Soolbäder** modernster Einrichtung. **Luft- u. Terrain-Kurort** in herrl., waldr. Umgebung. **Neues Kurhaus.** Lawn-Tennis-Plätze. Theater, Bälle, Rennen. Gelegenh. zur Jagd u. Fischerei. — Prospecte durch **Fürstl. Brunnen-Direction.**

(75) 5—1.

Natürliches Marienbader Brunnensalz

in Glasflaschen à 125 und 250 gr. und Päckchen à 5 gr.

Indicationen:

Als Ersatz der Marienbader Quellen in allen Fällen, wo die Patienten Marienbad nicht selbst aufsuchen können. In diesem Falle ist das natürliche Marienbader Salz nicht nur das billigste, sondern auch das beste Ersatzmittel bei allgemeiner Verfettung, Verfettung der Leber, des Herzens, Obstipation, Plethora.

Zu haben in allen Apotheken, Mineralwasser- und Droguenhandlungen und direkt durch die Brunnen-Versendung in Marienbad (Böhmen).

(59) 17—1.

Das Handelshaus von **ALEXANDER WENZEL**, St. Petersburg, Erbsenstrasse 33.

Haupt-Niederlage,

Lieferant f. d. Landschaft, Regimenter, Krankenhäuser. Apotheken u. Droguengeschäfte

Verband-Material, Bandagen, Magenwärmer, Wachstuch, Schwämme, Pinseln, Thermometer (Maximal-, Zimmer- u. Fenster-), Barometer, Areometer, Alcoholometer, Brillen, Pince-nez, Binocles, Lorgnettes für's Theater. Katheter, Bougies, Pulverisatore zur Zimmerpulverisation u. für die Desinfection.

Instrumente zu Verbänden zur Amputation, für Accoucheure u. s. w. Sätze für Aerzte und Feldscheerer. Zahnschlüssel, Zangen und Zubehör. Instrumente für Veterinairärzte. Schienen. Kopf- u. Zahnbürsten. Guttapercha- u. Hornkämme. Utensilien für die Massage.



Hauptagenturen für Milchmehl u. condensirte Milch von H. Nestle in Vevey.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Ольга Свѣтлова, Эргiевск. д. 17, кв. 19

Дозв. ценз. Спб., 14 Апрѣля 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 16. St. Petersburg, (3. Mai) 21. April 1901

Bericht über die Thätigkeit des Evangelischen Sanatoriums für Lungenkranke in Pitkäjärvi.

1. Januar 1900 bis 31. December 1900.

Vom

Director Dr. Alexander von Pezold.

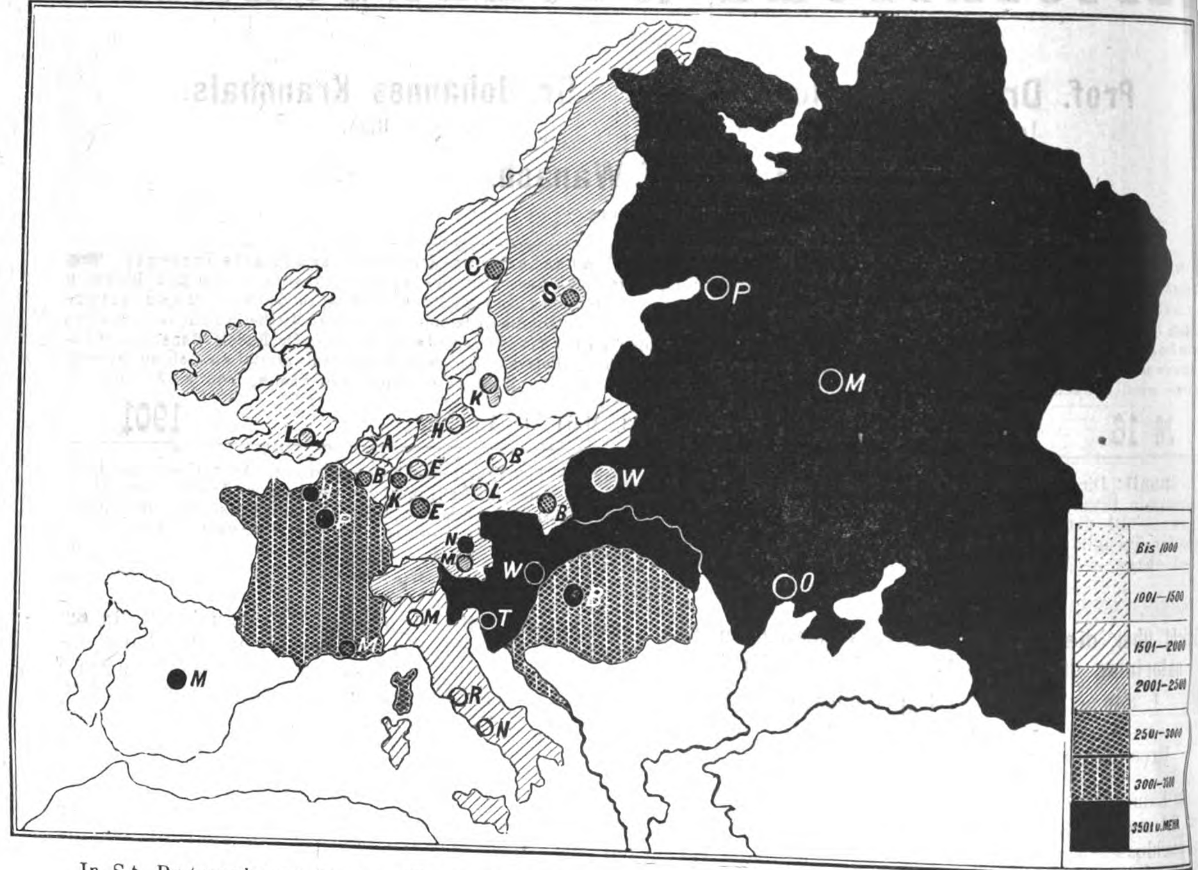
Im Kampfe gegen die Lungenschwindsucht ist man zur Ueberzeugung gelangt, dass die Behandlung derselben in geschlossenen Heilanstalten nach bestimmten durch die Erfahrung festgestellten Regeln vor sich gehen müsse. Es ist daher die Errichtung solcher Heilstätten ebenso sehr ein Gebot der allgemeinen Gesundheitspflege, wie der Bau von allgemeinen Hospitälern, Asylen, Genesungsheimen, etc. Die Forderung tritt um so dringender an uns heran, wenn wir bedenken, dass die Tuberkulose wohl die verbreitetste Krankheit ist und bei dem so oft ungünstigen Verlauf unzählige Opfer fordert, mit Recht wird sie als Erbfeind der Menschheit bezeichnet. Nach statistischen Erhebungen kommen in Europa annähernd $^1/_7$ aller Todesfälle allein auf die Tuberkulose, womit nun aber noch lange nicht die faktische Anzahl der Erkrankungen ausgedrückt ist. Einerseits entzieht sich ein Theil der Statistik, weil eine andere Krankheit als direkte Todesursache angegeben ward, die sich zu der schon bestehenden Tuberkulose hinzugesellte und so der unmittelbare Anlass des tödlichen Ausganges wurde, welcher sonst durch letztere eingetreten wäre; andererseits gibt es aber auch erwiesenermassen Spontanausheilungen, wie das durch Sectionen vielfach dargethan wurde, und schliesslich entzieht sich ein letzter Theil überhaupt der Beurtheilung, weil er garnicht zur Anzeige gelangt. Wie nun gegen diese verheerende Krankheit ankämpfen? England gebührt der Ruhm der Priorität auf diesem Gebiete der Gesundheitspflege. 1791 wurde dort das erste Hospital für Schwindsüchtige erbaut, jetzt bestehen deren 18, welche etwa 8000 mittellosen Kranken den Aufenthalt ermöglichen. Der Erfolg blieb nicht aus: betrug die mittlere Sterblichkeit vor 100 Jahren 42‰, so ist sie jetzt auf die Hälfte d. h. nur 21‰ gesunken [1]). In den letzten Jahren ist viel zur Bekämpfung der Lungentuberkulose geschehen, und eine Bewegung in diesem Sinne geht, kann man sagen, durch die ganze civilisirte Welt. Auf dem XII, im August 1897, in Moskau tagenden internationalen Aerztecongress haben sich von Leyden, von Ziemssen, Senator, von Leube warm verwandt, für zielbewusste Massregeln gegen die Lungenschwindsucht, nachdem schon 1883 von Schrötter auf die Nothwendigkeit hingewiesen, Heilanstalten für unbemittelte Brustkranke ins Leben zu rufen. Ein Ausdruck des allgemeinen Strebens war der im Mai 1899 in Berlin zusammengetretene Congress zur Bekämpfung der Tuberkulose, viel Anregung hat derselbe gebracht und manche zu erneutem Eifer angespornt. Mit nachahmenswerthem Beispiel geht Deutschland voran, und es bestehen oder sind im Bau begriffen 93 Heilanstalten [2]), eine schöne Kundgebung humaner Gesinnung. Auch in manchen anderen Staaten wird viel für die Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke gethan. Russland ist zur Zeit noch nachgeblieben, wenngleich sich erfreulicherweise auch bei uns das Interesse zu regen beginnt; hoffen wir dass die Bestrebungen bald festere Gestalt annehmen. Von Leyden hat darauf hingewiesen, dass eine Heilung überall möglich sei, wo für staubfreie, reine Luft gesorgt ist, es sollen daher die Kranken lieber in der Heimath geheilt werden, statt sie ins Ausland zu senden. Eine jede grössere Stadt müsse selbst für die Unterbringung ihrer Phthisiker durch den Bau von Heilstätten an geeigneten, in der Nähe belegenen Orten im Walde Sorge tragen. Wie dringend angezeigt es wäre, eben gerade bei uns in Russland den Indifferentismus aufzugeben und an eine energische Förderung der Heilstättenfrage zu denken, das sei in Kürze an einigen Daten demonstrirt.

[1]) Hohe, Die Bekämpfung und Heilung der Lungenschwindsucht.

[2]) cf. Liebe: Der Stand der Volksheilstättenbewegung im In- u. Auslande 1900.

Beifolgende Karte Europas [3]) zeigt zur Evidenz welche **erschrecklich hohe Mortalitätsziffer** an Lungenschwindsucht Russland im Vergleiche zu den übrigen Staaten, Oesterreich ausgenommen, aufweist.

Sterblichkeit an Lungenschwindsucht in europäischen Staaten.
Auf je 1 Million berechnet.



In St. Petersburg kommen für den Zeitraum von 18 Jahren (1878—1895) von 100 Todesfällen, allein 16,4 auf Lungenschwindsucht, was also $^1/_6$ aller bedeuten würde. Die mittlere Sterblichkeit betrug für die Jahre 1878—1895 pro Jahr 4453, 1896 waren 4281, 1897 4113 Todesfälle an Tuberkulose registrirt [4]). Die allgemeinen Lebensbedingungen in den Grosstädten haben es zur Folge, dass die Mortalitätsverhältnisse an Tuberkulose daselbst ganz besonders ungünstig liegen. Traurig ist es, dass auch hier unsere beiden Residenzen an erster Stelle stehen, obgleich man bei deren Reichthum voraussetzen sollte, dass derselbe mehr zu Einrichtungen für die Gesundheit verwandt würde.

Sterblichkeit an Lungenschwindsucht [5]) in den Weltstädten mit mehr als 500,000 Einwohnern.

Auf je 1 Million berechnet. (cf. die nächste Seite).

Den drei bereits in Russland bestehenden Sanatorien für Lungenkranke trat im Jahre 1898 das Evangelische Sanatorium Pitkäjärvi hinzu [6]). Es verfolgt den Zweck den weniger Bemittelten der besseren Stände Heilung in der Heimath zu ermöglich Nicht nur den Arbeiter führt ein oft Jahre lang dauer des Siechthum zu financiellem Ruin, sondern auch d Kern jedes Volkes, den Mittelstand. Letzterer ist uns meist nicht in so günstigen Vermögensverhältniss dass ein längerer kostspieliger Aufenthalt im Ausland genommen werden kann, abgesehen davon ist oft fü den Proletarier bei eintretender Erwerbsunfähigkeit insofern besser gesorgt, als er im Krankheitsfalle meist Unterstützung durch den Arbeitgeber oder die Gemeinde zu erwarten hat, beim Mittelstande fällt aber in der Mehrheit jegliche Versorgung durch andere als sich selbst fort. Der weitaus grösste Theil sieht daher von einer Anstaltsbehandlung ab, oder versteht sich erst dazu, wenn die ersehnte Heilung nicht mehr gebracht werden kann.

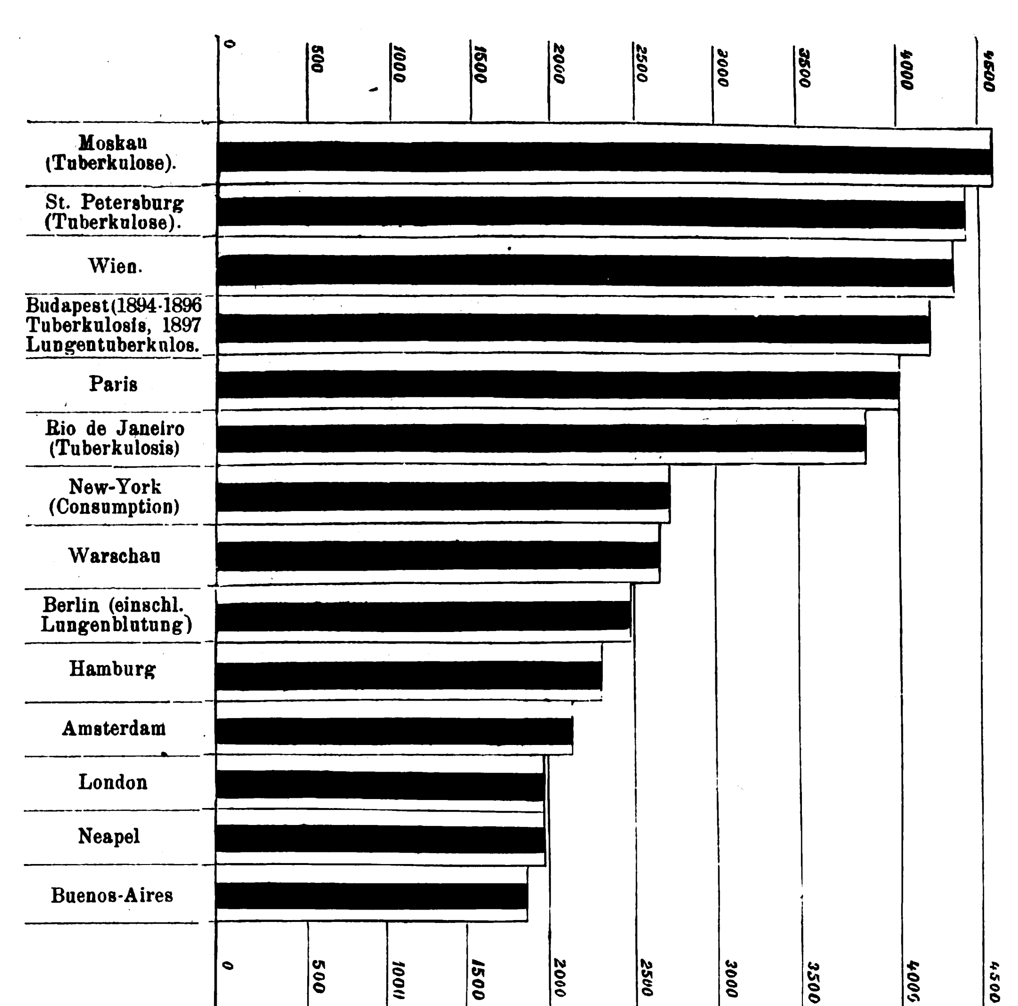
---

3) Köhler, Allgemeines über die Ausbreitung und Bedeutung der Tuberkulose.

4) Вербицкій: Медицинскій отчетъ Тайцской Санаторіи за 1898 г.

5) Köhler: l. c.

6) Zur Zeit bestehen in Russland, einschliesslich der deutschen Ostseeprovinzen und Finnlands 8 Heilanstalten für Lungenkranke: das Kaiserl. Sanatorium Halila und das Evangelische Sanatorium Pitkäjärvi in Finnland; Dr. Treus Sanatorium in Lindheim (Livland), die Volksheilstätte Taizy an der baltischen Bahn; Dr. Webers Sanatorium Quisisana, das Sanatorium Gastria (eröffnet September) und Sanatorium der Fürstin Barjatinsky in der Krim; Dr. Geisslers Sanatorium in Otwock (bei Warschau) in Polen. Geplant sind folgende: Von der «Finska läkare Kapet» in Helsingfors eine Heilanstalt für 50 Kranke in Numela bei Lojo, ferner will die Aerztegesellschaft «Dusdelin» in Helsingfors ein Sanatorium für 50 Kranke in Punkaharja (bei Nyslots) errichten. (Diese beiden in Finnland); bei Riga soll eine Volksheilstätte gebaut werden; in Moskau hat ein Privatmann 200,000 Rbl. zum Bau einer Heilstätte gespendet, gleichfalls bei Moskau im Bronitzkischen Kreise sind der Semstwo 150,000 Rbl. geschenkt worden, und soll davon auf Initiative des dortigen Arztes Dr. Schardezky eine Volksheilstätte für 20 Betten in diesem Jahr erbaut werden. Schliesslich soll auf Initiative Sr. Kaiserl. Hoheit des Prinzen von Oldenburg im Kaukasus eine Heilstätte für Schwindsüchtige gebaut werden. Es werden noch geplant bei Warschau durch die «hygienische Gesellschaft» eine Volksheilstätte und durch Dr. Chrostowski eine Heilstätte. Ferner soll bei Kiew ein Volkssanatorium gegründet werden.



Das Evangelische Sanatorium verdankt seine Entstehung vorzüglich der Initiative des Dr. med. Ernst Masing in St. Petersburg. Unter seinem Vorsitz trat am 8. November 1896 ein Comité zusammen. Dank der selbstlosen Freigebigkeit einiger Glieder der deutschen evangelischen Gemeinden St. Petersburgs wurde bald an die Realisirung der humanen Idee gegangen. Nachdem ein den Zwecken durchaus entsprechendes Grundstück in Finnland für eine verhältnissmässig sehr geringe Summe erworben war, konnte mit dem Bau begonnen werden, da durch das liebenswürdige Entgenkommen des Herrn Architekten Jules Benois der Plan zu dem zu errichtenden Sanatorium bereits im Entwurf vorlag. Am 27. December 1898 war der Bau soweit vollendet, dass die Einweihung unter Betheiligung seiner Petersburger Gönner stattfinden konnte.

Das Evangelische Sanatorium Pitkäjärvi[7]) liegt im NNW von St. Petersburg (in Luftlinie ca. 50 Kilometer) an der Finnländischen Bahn 10,5 Kilometer in NNO-Richtung der Eisenbahnstation Terijoki. Am östlichen Ufer des malerischen Pitkäjärvi (finnisch Langer See) auf einem in denselben vorspringenden Plateau 18 Meter über dem Spiegel desselben erbaut, ist die Lage eine für seine Zweckbestimmung durchaus günstige. Auf einem Landstrich belegen, dessen Neigung zur Küste des Finnischen Meerbusens herabgeht, ist es gegen die in unseren Breiten oft herrschenden Nord-Nordostwinde durch vorgelagerte Höhenzüge und dichte Bewaldung geschützt. Die Entfernung vom Meere beträgt in Luftlinie ca. 10 Kilometer, die Erhebung über dem Meeresspiegel ca. 70 Meter. Meilenweit von schönen Tannen- und Kiefernwäldern umschlossen ist dadurch anregende Waldluft garantirt. Durch den ziemlich ausgedehnten Landbesitz (45 russ. Dessätinen [8]) ist unbequeme Nachbarschaft nicht zu befürchten. Dieser Umstand ist für eine Lungenheilstätte auch schon in sofern von grosser Bedeutung, als die Möglichkeit geboten wird die Kranken stets auf eigenem Terrain zu behalten und so eine bessere Controlle auszuüben. Städte und grössere Dörfer, sowie industrielle Etablissements fehlen in der Umgebung. Die isolirte Lage schliesst jede Verunreinigung der Luft durch Staub, Rauch etc. aus. Die einzige in Betracht kommende Staubquelle wäre die Chaussee Terijoki Wiborg, doch trennt die ganze Breite des Parkes dieselbe vom Sanatorium. Der Grund besteht aus grobem, durchlässigem Kies und saugt jede Feuchtigkeit auf. Selbst unmittelbar nach den stärksten Regengüssen sind die Wege trockenen Fusses zu passiren. Andererseits ist durch See, Fluss und Waldbestand doch für einen gleichmässigen Feuchtigkeitsgehalt der Luft gesorgt. Der Stand des Grundwassers beträgt 16 Meter unter der Erdoberfläche. Gutes, einwandfreies Trinkwasser liefert ein 16 M. tiefer Brunnen [9]). Der See ist tief, frei von Wasserpflanzen (auch an den Ufern sind Bäume und Schilf selten) und wird von einem ziemlich wasserreichen Flüsschen durchströmt. Bemerkenswerth ist, dass auf ihm Nebelbildung nicht häufig (am Tage noch nie beobachtet). Der Fluss welcher dem See entströmt hat ein anscheinend ziemlich

[7]) Lageplan folgt im Anhang.

[8]) 1 Dessjätine = 1.091 Hektar.

[9]) Pumpbrunnen, aus welchem das Wasser durch ein Göpelwerk in ein Hochreservoir getrieben wird.

bedeutendes Gefälle, worauf der Umstand hinweisen dürfte, dass er selbst bei strenger Kälte im Winter nicht vollkommen zufriert. Dieses ist insofern von Werth, als somit eventuell die Möglichkeit elektrischen Betriebes und einer zweckentsprechenden Kanalisation der Abwässer gegeben wäre. Zur Beurtheilung der Witterungsverhältnisse im Berichtsjahr seien noch folgende metereologischen Beobachtungen [10]) angeführt.

Meteorologische Beobachtungen 1900.

Monate	Temperaturmittel Morgen	Temperaturmittel Mittag	Temperaturmittel Abend	Temperaturmittel Monatsmittel	Temp. Maximum.	Temp. Minimum.	Barom. auf 0° reduziert nach Zoll.	Bewölkung bewölkt	Bewölkung veränderl.	Bewölkung hell	Tage mit Nebel	Tage mit Regen	Tage mit Schnee	Wind Stärke	Wind vorherrsch. Richt.
Januar . . .	−5,9	−1,5	−2,0	−3,1	+1	−15		9	4	18	—	—	13		S. W.
Februar . .	−10,28	−6,9	−9,7	−8,2	+3	−27		12	4	13	—	—	16		
März. . . .	−2,82	+2,7	−1,44	−1,42	+7	−14		5	4	22	1	3	4		
April	−2,11	+4,7	+0,51	+3,03	+13	−3		10	7	13	2	5	8		N. W.
Mai	+8,81	+13,3	+7,7	+9,84	+22	+1		11	5	15	—	7	1		S. W.
Juni	+12,74	+16,85	+9,43	+13,1	+24	+4		9	4	17	—	10	—		S. W.
Juli	+12,74	+17,1	+10,81	+13,52	+22,5	+5		9	3	19	—	12	—		S. W.
August . . .	+9,03	+13,55	+7,72	+10,09	+22	+1		5	2	24	—	4	—		S. W
September .	+6,83	+9,43	+6,56	+7,61	+16	−1		18	2	10	4	10	1	mässig	S. O.
October. . .	+2,2	+3,3	+2,03	+2,44	+8	−2	33,8	22	7	2	4	8	3	mässig	S. O.
November .	−3,0	−3,0	−3,1	−3,0	+3	−15	29,3	16	7	7	3	2	8	mässig	S. W.
December .	−5,2	−2,15	−6,0	−4,48	+1	−27	30,3	12	7	12	1	1	9	gering	N. u. S. W.
Jahr.	+1,92	+5,69	+1,85	+3,28	+24	−27		138	56	172	15	62	63		S. W.

Der Grundforderung moderner Anstaltsbehandlung, bestehend in reiner frischer und anregender Luft, ist durch die Wahl des Ortes in weitgehendem Maasse genügt, wobei auch für ausgiebigen Schutz gegen rauhe Winde durch die Formation und den ausgedehnten Waldbestand gesorgt. Es erübrigt noch auf einen nicht zu unterschätzenden Factor hinzuweisen. Neben den klimatischen sind es auch noch die landschaftlichen Vorzüge, welche den Aufenthalt zu einem angenehmen gestalten. Durch See und Fluss wird der sonst allein vielleicht etwas düster wirkende Eindruck des Waldes gemildert, die das ganze Gebiet durchziehenden Höhen und Senkungen vervollständigen die Schönheit der Landschaft und bieten eine Fülle mannigfaltiger Spaziergänge in allen Steigerungsgraden.

Die ganze Anlage setzt sich aus einem Hauptgebäude und 7 Nebengebäuden zusammen [11]). Das Hauptgebäude, dessen perspectivische Zeichnung und Grundriss im Anhange beigefügt sind, ist ein stattlicher zweistöckiger Holzbau, welcher mit einer Hauptfront gegen Norden gerichtet ist. Die Länge desselben beträgt 23 Faden, die Tiefe 11 Faden. Jedes Stockwerk ist in seiner ganzen Länge von einem 3 Meter breiten Koridor durchzogen, an dessen Enden und in dessen Mitte sich die Ausgänge auf die Balkons befinden. Die Nordseite enthält im unteren Stockwerk Gesellschaftsräume, Lesezimmer, Bibliothek, Speise- und Buffetzimmer, Wirthschafts- und Dienstbotenräume, Badezimmer. In der oberen Etage befinden sich: Wohnung des Directors, Wohnungen der weiblichen Angestellten, ein Gesellschaftsraum, ärztliches Empfangszimmer (zugleich Apotheke und Laboratorium), Badezimmer, und endlich ein Complex von 6 Zimmern die in toto oder in beliebiger Combination von 2—6 abgegeben werden können. Die Südfront des Gebäudes wird durchweg von Krankenzimmern eingenommen, in der Mitte befinden sich die als Liegehallen benutzten Loggien.

Bei der inneren Einrichtung mussten vor allem die Erfordernisse moderner Hygiene massgebend sein, doch entbehren wenigstens die allgemeinen Räume, nicht eines gewissen behaglichen Comforts. Alle Räume sind hoch, luftig und hell. Die Wände sind durchgehend mit Pappe bekleidet, welche mit hellem, verschiedenfarbigem Oelanstrich versehen wurde, um so die Wandflächen glatt und abwaschbar zu gestalten, die Ecken wurden nach Möglichkeit abgerundet. Der Fussboden ist in den Korridoren, Vorzimmern, Baderäumen, Comptoir und ein Theil der Krankenzimmer mit Linoleum belegt. Die Schlafräume sind alle von gleicher Grösse, jeder Kranke disponirt über ein Einzelzimmer. Die Licht- und Luftverhältnisse derselben sind als besonders günstig hervorzuheben. Es kommt pro Bett ein Luftquantum von 56,8 Cubikmeter, übertrifft also noch um 26,8 das von Turban bei Erstellung von Heilstätten als wünschenswerth bezeichnete (30 cbcm.), welches jedoch durchaus nicht überall erreicht wird. Eine ausgiebige Lüftung ist durch die überall angebrachten Ventilationsrohre möglich. Bei Ausstattung der Krankenzimmer musste vor allem der Gesichtspunkt gelten, dass die Einfachheit des Mobiliars eine genaue Reinigung und Desinfection zulässt.

Bezüglich der Einrichtung und des Betriebes haben wir uns, abgesehen von einigen durch die localen Verhältnisse bedingten Abweichungen, nach dem erprobten Muster ähnlicher Heilanstalten gerichtet. Ich möchte es nicht unterlassen, an dieser Stelle meinen aufrichtigen Dank auszusprechen für das freundliche Entgegenkommen, welches ich bei meinem Aufenthalte im Auslande behufs Studiums des dortigen Heilverfahrens von Seiten der Collegen gefunden. Ganz besonders fühle ich mich verpflichtet den Herren Staatsrath Prof. R. Kobert, Hofrath Prof. L. von Schrötter, Director Dr. A. von Weismayr für das Wohlwollen und die Erfahrungen die ich ihnen danke.

Im Evangelischen Sanatorium sind vom 1. Januar bis zum 31. December 1900 im Ganzen 70 Kranke verpflegt worden. Es wurden 15 davon aus dem Vorjahr übernommen und 55 neu aufgenommen. Die Kur haben noch nicht abgeschlossen und verbleiben zum 1. Januar 1901 in Behandlung 14. Ferner haben sich

[10]) Leider haben mir die nothwendigen Instrumente zu genaueren Beobachtungen nicht zur Disposition gestanden.

[11]) Ein apartes Gebäude für den Arzt besteht fürs erste noch nicht, es befindet sich daher die Wohnung desselben noch im Hauptgebäude.

noch 15 Pflege- und Begleitpersonen[12]) im Sanatorium aufgehalten, mit denen sich aber unser Bericht nicht weiter zu beschäftigen hat.

Die Frequenzziffer der Patienten veranschaulicht folgende Curve:

Von den 70 verpflegten Patienten waren:

männlichen Geschlechts	37	= 52,86	pCt.
weiblichen „	33	= 47,14	„
ledig	47	= 67,1	„
verheirathet	20	= 28,6	„
verwittwet	3	= 4,3	„

Der Confession nach waren:

Evangelisch-lutherisch	35	36 Protestant.	= 51,4	pCt.
Anglikanisch	1			
Griechisch-katholisch	32		= 46	„
Römisch-katholisch	1		= 1,5	„
Mosaisch	1		= 1,5	„

Der Staatsangehörigkeit nach waren:

Russ. Unterthanen { aus dem Reich 41, a. d. balt. Prov. 21 }	62	= 88,6	pCt.
Deutsche Reichsangehörige	4	= 5,7	„
Oesterreichische Reichsangehörige	1	= 5,7	„
Schwedisch-Norwegische Unterthanen	1		
Grossbritannische Unterthanen	1		
Französische Bürger	1		

Der Nationalität nach waren:

Deutsche	34	= 48,6	pCt.
Russen	28	= 40	„
Schweden	2	= 11,4	pCt.
Engländer	1		
Franzosen	1		
Esten	1		
Letten	1		
Hebräer	2		

Dem Stande nach gehörten zum:

Adels- und Exemptenstande	12	= 17,1	pCt.
Literatenstande	32	= 47,7	„
Bürgerstande	24	= 34,2	„
Bauernstande	2	= 3	„

Von den 70 Patienten des Berichtsjahres waren nicht tuberculös 7 (5 männl., 2 weibl.) und zwar litten an:

Emphysema	2	= 10 pCt.
Chron. Bronchitis	2	
Endometritis	1	
Chron. Alkoholismus	2[13])	

Es verblieben somit 63 Patienten, welche an Lungentuberculose litten und da diese für uns ein specielles Interesse bietet, werden ihnen die weiteren Ausführungen gelten.

Wenngleich nun bei der Kleinheit unseres Materials statistische Angaben nur einen relativen Werth repräsentiren können, so erscheint es doch bei dem allgemeinen Interesse, welches jetzt die Heilstättenbewegung hervorruft, angebracht, in periodischen Abschnitten Berichte zu erstatten, einerseits um für späterhin Daten zu sammeln und dieses Material dann entsprechend zu verwerthen, andererseits haben aber regelmässige Berichterstattungen schon viel zur leichteren Lösung schwebender Fragen der Phthisiotherapie auf Congressen etc. beigetragen, insofern als Publicationen über verschiedene medicinische und wirthschaftliche Erfahrungen im Heilstättenwesen eine klarere Fragestellung vorbereiteten. Es wäre aus diesem Grunde gewiss von nicht zu unterschätzendem Werthe, wenn die Heilanstalten des In- und Auslandes in einen schriftlichen Gedankenaustausch treten würden. Sowohl staatliche als auch private, solche mit kleinem Material nicht ausgenommen, müssten sich dazu verstehen unter Anderem auch ihre Jahresberichte regelmässig mit einander auszutauschen. Die Frage der Anstaltsbehandlung der Lungenkranken ist ja noch eine verhältnissmässig junge und der grössere Theil der jetzt bestehenden Sanatorien befindet sich bisher gewissermassen in den Lehrjahren und macht Erfahrungen, deren Veröffentlichung eventuell auch anderen einen Nutzen bietet, wie wir das aus eigener Anschauung bestätigen können.

Die in unserer Anstalt bis jetzt erzielten Resultate sind im Vergleich mit denen anderer Heilanstalten durchaus ermuthigende und sind die in dieser Beziehung gehegten Erwartungen erfüllt worden, obgleich bei dem so kurzen Bestehen unseres Sanatoriums noch nicht von Dauer- sondern nur von Entlastungserfolgen die Rede sein kann. Als positives Resultat bezeichneten wir nicht nur eine deutliche Besserung des Lungenbefundes, sondern, wenn auch ohne sicher nachzuweisende Besserung der Lungen eine Hebung des Allgemeinzustandes eingetreten war. Die Erfolge in der objectiven Veränderung des Lungenbefundes waren oft geringe im Vergleiche zu der manchmal recht erheblichen Besserung im subjectiven Befinden, es lag das meist an der kurzen Kurdauer gerade der zur Behandlung passenden Fälle. Bei uns verhält man sich leider noch sehr indolent gegenüber den Frühformen der Tuberculose und der weitaus grösste Theil unterzieht sich erst einer consequenten Kur, wenn die Krankheit im Organismus schwere Verheerungen angerichtet hat, die nicht mehr zu heilen sind.

Fast überall wird ja in den Heilstätten über Zuweisung ungeeigneten Patientenmaterials Klage geführt,

[12]) Gerechnet sind nur diejenigen, deren Aufenthalt sich mindestens auf 1 Monat erstreckte.

[13]) Dieselben fanden nach Eröffnung des in unserem Park erbauten Asyls für Alkoholiker in diesem Aufnahme.

wir aber haben unter dieser bitteren Erfahrung ganz besonders schwer zu leiden gehabt, wie schon unser 1. Jahresbericht zur Genüge manifestirte. Die Zurücksendung solcher Kranken, bei denen eine Kur keine Aussicht bietet, wie das in den meisten Heilanstalten mit Recht üblich ist, war bei uns zum Schaden aller Theile nicht ausführbar. Das Sanatorium ist nicht als Siechenhaus sondern als Heilstätte gedacht, daher auch nur für heilbare Lungenkranke im Anfangsstadium der Erkrankung bestimmt. Durch Missgriffe in der Einweisung wird, abgesehen von den vergeblich aufgewendeten Kosten, geeigneten heilbaren Patienten die Möglichkeit eines Aufenthaltes genommen. Die Verpflegung eines Schwerkranken im Sanatorium erweist sich bei uns vollkommen als Unmöglichkeit, denn weder bestehen, da es nur für bewegungsfähige Leichtkranke gedacht, alle dazu erforderlichen Einrichtungen, noch ist auch das genügende Pflegepersonal disponibel. Der Kranke kann also durchaus nicht zufriedengestellt werden und würde ihm der Aufenthalt nur unverhältnissmässig (Extrapflegerin etc.) theuer zu stehen kommen, während er im Hospital oder zu Hause in der Stadt viel bequemer und billiger verpflegt werden könnte. Doch spricht auch noch ein anderer schwerwiegender Grund gegen die Aufnahme hoffnungsloser Kranker und das ist die Verpflichtung, welche wir den anderen Sanatoriumspatienten gegenüber haben. Durch das in kleineren Anstalten mehr oder weniger den Charakter des Familienlebens tragende Beisammenleben bedingt, nimmt ein Jeder am Loose des Anderen Antheil. Der sonst in Heilanstalten oft so wohlthuend berührende fröhlich harmlose Ton wird ganz zurückgedrängt. Schwerkranke oder gar Todesfälle wirken auf das leicht empfängliche Gemüth des Phthisikers äusserst deprimirend, wo doch Alles vermieden werden sollte, was die Patienten aufregt und eine Verschlimmerung hervorruft. Der Eindruck ist ein um so nachhaltigerer, als die Abgeschlossenheit auf dem Lande und die strenge Kur eine Zerstreuung unmöglich machen. Durch die trüben Gedanken leidet das Allgemeinbefinden in empfindlicher Weise und so Mancher unterbricht die Kur vorzeitig, weil das Verlangen in ihm zu mächtig wird, sich den traurigen, allen natürlichen Frohsinn erstickenden Eindrücken zu entziehen. Schliesslich wird Ansehen und Erfolg einer Anstalt gewiss auch nicht durch solche ungenügende Auswahl der Fälle gehoben. Gewiss ist es ja schwierig eine sicher begründete Prognose zu stellen, um so mehr als nächst dem localen Lungenbefunde auch noch so viele Erscheinungen zu berücksichtigen sind, die erst nach längerer Beobachtung richtig gedeutet werden können, nie aber darf man den Gesammteindruck, den der Kranke hervorruft, ganz ausser Acht lassen. In Deutschland ist die planmässige Errichtung von Vorbeobachtungsstationen einerseits und von Tuberkulose-Krankenhäusern andererseits in Vorschlag gebracht worden [14]), um so erfolgreich die Sichtung des Patientenmaterials für Heilanstalten vorzunehmen und für eine zweckentsprechende Unterbringung der leichten sowohl als der schweren Kranken zu sorgen. Es ist auch anzunehmen, dass diese beachtenswerthe Proposition in nicht gar zu langer Zeit in Ausführung gebracht wird, da Deutschland in der Heilstättenbewegung die grössten Fortschritte gemacht hat und sowohl Aerzte als Patienten zur Erkenntniss erfolgreicher Sanatoriumsbehandlung gelangt sind. Bei uns zu Lande wird das für absehbare Zeit wenigstens wohl nur ein frommer Wunsch bleiben. Um nun doch die Sichtung etwas zu fördern, wäre es angebracht, den sich zur Aufnahme Meldenden ein Formular zuzustellen, welches vom behandelnden Arzte gewissenhaft ausgefüllt, wieder zurückzusenden wäre und so werthvolle Anhaltspuncte gäbe. In Anlehnung an die in Deutschland und in der Schwei[z] bei der Aufnahme üblichen Formulare dürfte folgendes in Kürze alle wünschenswerthen Fragen enthalten.

[14]) Dr. E. Rumpf: Zum Stande der Heilstättenfrage für Lungenkranke. Münch. Med. Woch. Nr. 30, 1900.

Aerztliche Empfehlung
zur Aufnahme in das Evangelische Sanatorium Pitkäjärvi.

Vorbemerkung.

Geeignet für die Heilstättenbehandlung sind Reconvalescenten und Frühformen der Lungentuberkulose ohne erschwerende Nebenerkrankungen, welche Heilung oder doch entscheidende Besserung erwarten lassen.

Ungeeignet und daher von der Aufnahme ausgeschlossen sind Kranke, welche besonderer Pflege bedürfen und nicht im Stande sind, sich tagsüber im Freien aufzuhalten, also alle vorgeschrittenen Fälle mit constantem Fieber. Cavernen, doppelseitiger Spitzeninfiltration welche unter die Clavicula sich heraberstrecken, Affection des Unterlappens, selbst bei intacten Spitzen, alle Tuberkulösen, welche schon Complicationen haben (Kehlkopfgeschwüre, Mittelohreiterung, Fisteln, Darmtuberkulose) ferner Complicationen mit anderen Krankheiten (Syphilis, Diabetes etc.) und Herzschwäche.

Name und Vorname:
Stand, Beruf: Alter;
Confession: Heimath:
Genaue Adresse:

Fragen:	Antworten:	
1. Hereditäre und prädisponirende Momente:		
2. Dauer und Entwickelung d. Krankheit: a) Seit wann Husten? b) Auswurf? c) Blutungen? d) Brustfellentzündungen? e) Gewichtsverluste?		
3. Allgemeiner Körperzustand: a) Ernährungszustand? b) Subjectives Befinden? c) Phthisischer Habitus? d) Fieber seit wann u. wie hoch? e) Nachtschweisse?		
4. Lungenbefund: a) Dämpfung oder Schallveränderung bis zu welcher Rippe? Tympanitischer Schall? b) Art des Athemgeräusches über den erkrankten Lungenpartien? c) Ausdehnung, Art u. Häufigkeit etwaiger Rasselgeräusche u. anderer Nebengeräusche?	rechts:	links:
5. Herzbefund:		
6. Complicationen:		
7. Diagnose:		
8. Ist durch Behandlung in einer Heilstätte eine solche Besserung zu erwarten, dass der Kranke auf Jahre hinaus erwerbsfähig wird und wird seine Aufnahme befürwortet?		

Ort und Datum:

Unterschrift des Arztes:

Einerseits wären dadurch dem empfehlenden Ärzte in allerdings gedrängter Zusammenstellung die vom Heilverfahren auszuschliessenden Fälle angedeutet, andererseits erhält man doch immerhin einige Daten für die Beurtheilung, wenngleich der definitive Entscheid natürlich erst durch die Besichtigung des Vertrauensarztes erfolgen müsste, wenigstens würde diese Handhabung manchem Kranken die unnütze Reise sparen.

Die Dauer des Aufenthalts der 63 im Berichtsjahre verpflegten Phthisiker betrug 4981 Verpflegungstage, also durchschnittlich 79,01 Tage. Nach Abzug von 10 Patienten, die weniger als einen Monat geblieben (kürzlich Eingetretene, plötzlich Abgereiste, Ausgeschlossene etc.) stellt sich der Durchschnitt auf 90,7 Tage gegen 88,9 im Vorjahre, eine Kurdauer, welche bei einem Material, dass in 40.0 pCt. dem III., in 25,1 pCt. dem II. und in 34,9 dem I. Stadium angehörte, entschieden als zu kurz bezeichnet werden muss.

Nach dem Lebensalter vertheilen sich die 63 Patienten des Berichtsjahres und die 44 des Vorjahres wie folgt:

Alter.	Berichtsjahr.	Vorjahr.
5—10 Jahre	— —	2 = 4,5%
10—15 »	2 = 3,2%	2 = 4,5%
15—20 »	13 = 20,5%	9 = 20,5%
20—25 »	19 = 30,2%	9 = 20,5%
25—30 »	8 = 12,7%	7 = 15,9%
30—35 »	7 = 11,1%	6 = 13,6%
35 40 »	10 = 15,9%	5 = 11,4%
40—45 »	3 = 4,8%	1 = 2,3%
45—50 »	1 = 1,6%	2 = 4.5%
50—55 »	— —	— —
55—60 »	— —	1 = 2,3%

Zum Vergleich mit den vom Deutschen Reichsgesundheitsamte pro 1898/99 erhaltenen Procentsätzen geben wir folgende Tabelle:

Alter.	Berichts-jahr.	Dt. Reichs-gesundhm.	Vorjahr.
Unter 15 Jahren	3,2%	0,7%	9,0%
15—20 »	20,5%	11,0%	20,5%
20—30 »	42,9%	45,4%	36,4%
30—40 »	27,0%	27,8%	25,0%
40—50 »	6,4%	12,1%	6,8%
50—60 »	0,0%	3,0%	2,3%

Wie aus der Tabelle ersichtlich, ist der Procentsatz der Erkrankungen im Alter bis zu 20 Jahren bei uns im Berichtsjahre mehr als doppelt, im Vorjahre sogar beinahe dreimal so hoch als der vom Deutschen Reichsgesundheitsamte für Deutschland erhaltene Durchschnittsprocentsatz, für die Altersclassen von 40—60 Jahren dagegen um die Hälfte niedriger. Da die übrigen Procentziffern (für die Altersclassen von 20—30 und 30—40 Jahren) eine auffallende Uebereinstimmung mit den auf Grund einer umfassenden Statistik aufgestellten Zahlen des Deutschen Reichsgesundheitsamtes zeigen, so dürften unsere Ziffern, falls sich ihre Constanz auch weiterhin erweisen sollte, wohl geeignet sein, die bei uns in Russland brennend gewordene Frage mangelnder Körperpflege der lernenden Jugend charakteristisch zu beleuchten[15]).

Was die Beschäftigung resp. den Beruf betrifft, so waren:

Schüler	7	= 24,6 pCt. (Schüler und Studenten)	
Studenten	8		
Beschäftigungslose	15	= 24,6	»
Comptoiristen und Kaufleute	8	= 13,1	»
Lehrer und Lehrerinnen	6	= 9,6	»
Beamte	3	= 4,9	»
Prediger	2	= 3,3	»
Ingenieur-Technologen	2	= 3,3	»
Chemiker (weibl.)	1	= 16,6 » (Chemiker bis Landmesser)	
Pharmaceut	1		
Gesellschaftsdame	1		
Gutsbesitzer	1		
Künstlerin	1		
Musiker	1		
Elektrotechniker	1		
Näherin	1		
Kammerdiener	1		
Landmesser	1		

Es frappirt hier der hohe Procentsatz der Beschäftigungslosen, nämlich 24,6 pCt.; es sei hinzugefügt, dass es alles Frauen sind, deren Beschäftigung, falls sie keinen bestimmten Beruf erwählt haben, sich schwer präcisiren lässt, alle waren vor ihrer Erkrankung mehr oder weniger durch häusliche Wirthschaft in Anspruch genommen und bei den meisten lagen die Verhältnisse in Bezug auf Erholung und Ruhe äusserst ungünstig, insofern als sie mit Arbeit und Sorgen überbürdet waren.

Hinsichtlich gegebener hereditärer Momente ist es oft schwierig verlässliche Angaben zu erhalten, der Grund ist wohl darin zu suchen, dass das Publicum sich bei uns zu der Bezeichnung Tuberkulose erst dann versteht, wenn die Erscheinungen der Krankheit schon sehr fortgeschritten, der Allgemeinzustand schon sehr reducirt ist. Die Frühformen der Tuberkulose werden, wie ich schon zu bemerken Gelegenheit hatte, meist nicht ernst genommen und nur schlechthin mit den wenig prägnanten Ausdrücken: Lungencatarrh, schwache Lungen etc. benannt, so dass es dazwichen zweifelhaft bleibt, ob es sich de facto um einen tuberculösen Prócess gehandelt hat. Mit Sicherheit liess sich eine tuberkulöse Belastung in 34 Fällen[16]) = 55,73 pCt. (Vorjahr 24 = 54,5 pCt.) constatiren, nicht belastet waren 21 = 34,44 pCt. (Vorjahr 18 = 40,9 pCt.), bei 6 = 9,83 pCt. (Vorjahr 2 = 4,5 pCt.) waren die Angaben unbestimmt. Es litten an Tuberkulose:

	Berichtsjahr.		Vorjahr.	
Beide Eltern	3 mal	= 4,9 pCt.	1 mal	= 2,3 pCt.
Vater allein	14 „	= 22,2 „	8 „	= 16,2 „
Mutter allein	8 „	= 12,7 „	9 „	= 20,5 „
Grosseltern allein	2 „	= 3,3 „	1 „	= 2,3 „
Geschwister der Eltern	6 „	= 9,6 „	3 „	= 6,8 „

---

[15]) Kurz vor der Drucklegung des Berichtes erhalte ich von Dr. Gawrilowitsch, dem leitenden Arzte des Kaiserl. Sanatoriums zu Halila auf meine diesbezügliche Anfrage eine freundliche Auskunft über die dort beobachtete Zahl der Erkrankungen im Alter unter 20 Jahren. Sie betrug im Durchschnitt für die Jahre 1892=1899 bei 729 verpflegten Kranken 30 pCt., ist also noch höher als bei uns und bestätigt somit die hier gemachten Beobachtungen. Es muss dazu noch bemerkt werden, dass erst vom Jahre 1895 ab die Pfleglinge der St. Petersburger Institute daselbst Zulassung finden, es hätte sich die Zahl also noch höher gestellt.

[16]) Hervorzuheben als besonders schwer belastet sind 2 Patienten, in dem einen Fall (Nr. 73) hatten beide Eltern und 2 Schwestern an Tuberkulose gelitten, in dem anderen (Nr. 80) waren Eltern des Vaters, Vater und 2 Geschwister der Mutter tuberkulös.

Geschwister der Patienten	14 mal = 22,2 pCt.	6 mal = 13,6 pCt.

Infection wurde in 6 Fällen angegeben, und zwar:

von Seiten der Geschwister	3 mal = 4,9 pCt.
„ „ des Ehegatten	2 „ = 3,3 „
„ „ des Berufsgenossen	1 „ = 1,7 „

Sonstige prädisponirende Momente für die Erkrankung bestanden in:

	Berichtsjahr.	Vorjahr.
Brehmer'scher Belastung	2 mal = 3,3 pCt.	— —
Schwächl. Constitution	7 „ = 11,1 „	3 mal = 6,8 pCt.
Gracilem Körperbau	11 „ = 17,4 „	6 „ = 13,6 „
Habitus paralyticus	6 „ = 9,6 „	14 „ = 31,8 „
Verkümmerter Thorax	2 „ = 3,3 „ (Pect. carin.)	1 „ = 2,3 „
Raschem Wachsthum	1 „ = 1,7 „	— —
Neigung zu Catarrhen	5 „ = 7,9 „	5 „ = 11,4 „
Körperlichen Anstrengungen	4 „ = 6,3 „	4 „ = 9,1 „
Geistigen Anstrengungen	10 „ = 16,6 „ (6 Examen)	4 „ = 9,1 „ (2 Examen)
Excessen	5 „ = 7,9 „	5 „ = 11,4 „
Schlechte Esser waren	6 „ = 9,6 „	2 „ = 4,5 „

Vor Ausbruch der jetzigen Erkrankung litten an:

	Berichtsjahr.	Vorjahr.
Scrophulose	4 = 6,3 pCt.	2 = 4,5 pCt.
Tuberkulose anderer Organe	13 = 21,1 „	13 = 29,5 „
Rhachitis	1 = 1,7 „	1 = 2,3 „
Chlorose u. Anämie	20 = 31,7 „	7 = 15,9 „
Chron. Magen- und Darmerkrankungen	12 = 19,0 „	5 = 11,4 „
Nervenkrankh. (Hysterie u. Neurasthenie)	15 = 23,8 „	4 = 9,1 „
Malaria	1 = 1,7 „	2 = 4,5 „
Lues	2 = 3,3 „	1 = 2,3 „
Gonorrhoe	4 = 6,3 „	3 = 6,8 „
Chron. gynäkologisch. Krankheiten	4 = 6,3 „	2 = 4,5 „
Häufige Epistaxis	5 = 7,9 „	1 = 2,3 „
Typhus abdominalis	5 = 7,9 „	— —
Alkoholgenuss wurde angegeben bei	4 = 6,3 „	4 = 9,1 „

Der Beginn der Lungentuberkulose wurde von den Patienten angegeben als vor:

Zeitraum.	Berichtsjahr.	Vorjahr.
vor 1/4 Jahr	12 mal = 19%	9 mal = 20,5%
1/4—1/2 »	16 » = 25,4%	9 » = 20,5%
1/2—1 »	7 » = 11,1%	5 » = 11,4%
1—2 »	14 » = 22,2%	6 » = 13,6%
2—3 »	2 » = 3,2%	5 » = 11,4%
3—4 »	4 » = 6,3%	2 » = 4,6%
4—5 »	1 » = 1.6%	2 » = 4,6%
5—6 »	1 » = 1,6%	1 » = 2,3%
6—7 »	2 » = 3,2%	1 » = 2,3%
7—9 »	1 » = 1,6%	— —
9—12 »	2 » = 3,2%	3 » = 6,9%
12—20 »	— —	1 » = 2,3%
20—30 »	1 » = 1,6%	— —

Der Ausbruch erfolgte in directem Anschluss an:

Influenza	4 mal.
Pertussis	2 „
Pneumonia und Pleuritis	12 „
Bronchitis	2 „
Typhus abdominalis	1 „

Es manifestirte sich die Krankheit mit:

	Berichtsjahr.	Vorjahr.
initialer Hämoptoe	14 mal = 28,0 pCt.	6 mal = 13,6 pCt.
Husten allein	15 „ = 24,6 „	14 „ = 32,0 „
Fieber	7 „ = 11,5 „	3 „ = 6,8 „
Husten und Fieber	18 „ = 29,5 „	20 „ = 45,5 „
Heiserkeit	2 „ = 3,2	— —
gastrischen Erscheinungen	— —	1 „ = 2,3 „
Abmagerung	2 „ = 3,2 „	— —
Nachtschweiss	2 „ = 3,2 „	— —
Dyspnoe	1 „ = 1,6 „	— —

Nach dem Grade der Erkrankung theilen wir die Patienten in leichte, mittelschwere und schwere Fälle nach dem von Turban angegebenen Schema[17]), es gehörten an dem

Stadium.	Berichtsjahr.			Vorjahr.	
I	männlich	10	22 = 35,0%	11	14 = 32,0%
	weiblich	12		3	
II	männlich	5	16 = 25,1%	7	12 = 27,0%
	weiblich	11		5	
III	männlich	17	25 = 40,0%	12	18 = 41%
	weiblich	8		6	

Was die Localisation des Processes anbelangt, so waren ergriffen:

	Berichtsjahr.	Vorjahr.
Beide Lungen	34 mal = 54,0%	21 mal = 47,0%
Rechte allein	20 » = 31,8%	15 » = 35,0%
Linke allein	9 » = 14,2%	8 » = 18,0%

Nach dem Bacillenbefunde war das Ergebniss:

		Berichtsjahr.	Vorjahr.
Eintritt Austritt	positiv	30 = 60,3%	33 = 75,0%
Eintritt / Austritt	positiv / negativ	14 = 22,2%	1 = 2,5%
Eintritt Austritt	negativ	11 = 17,5%	9 = 20,5%
Eintritt / Austritt	negativ / positiv	0 = 0%	1 = 2,5%

Von den 11 Fällen geschlossener Tuberkulose wurde von 4 während ihres Aufenthalts im Sanatorium kein Sputum producirt.

[17]) Ueber beginnende Lungentuberkulose und über die Eintheilung der Krankheit in Stadien. Wiesbaden 1899.
I. Stadium, Leichte. höchstens auf das Volumen eines oder zweier halber Lappen ausgedehnte Erkrankung.
II. Stadium, Leichte, weiter als I, aber höchstens auf das Volumen zweier Lappen ausgedehnte Erkrankung, od. schwere auf das Volumen eines Lappens ausgedehnte Erkrankung.
III. Alle Erkrankungen, die über II. hinausgehen.

		Berichtsjahr.	Vorjahr.
Eintritt Austritt	positiv	21 = 33,3%	28 = 63,3%
Eintritt Austritt	positiv negativ	33 = 52,4%	9 = 20,5%
Eintritt Austritt	negativ	9 = 14,3%	6 = 11,1%
Eintritt Austritt	negativ positiv	0 = 0%	6 = 2,5%

Ueber Nachtschweisse beim Eintritt klagten 40= 63,58 pCt. (Vorjahr 6 = 13,63 pCt.).

Haemoptoen wurden in der Anamnese 32 mal = 50,79 pCt. (Vorjahr 13 = 29,54 pCt.) angegeben.

Wie wichtig es wäre bei der Ueberweisung von Lungenkranken in Sanatorien, Anhaltspunkte für die Prognose zu gewinnen, darauf ist schon mehrfach hingewiesen worden. Micaelis[18]) hatte den Satz aufgestellt: «Es sind Phthisiker mit ausgesprochener Diazoreaction im Harne von der Aufnahme in die Lungenheilstätten, deren Zweck in der Heilung und zum mindesten in der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit des Erkrankten beruht, als ungeeignet auszuschliessen». Da es wünschenswerth erscheinen musste eine möglichst grosse Reihe von Versuchen anzustellen, so haben auch wir bei unseren Patienten den Urin untersucht, beschränken uns aber nur darauf, kurz den positiven oder negativen Ausfall der Ehrlich'schen Diazoreaction anzuführen, da über diese Frage von berufener Seite berichtet worden und unser Material noch nicht wohl in Betracht kommen kann.

Bei dem von 57 Patienten untersuchten Urin fiel die Diazoreaction 28 mal positiv und 29 mal negativ aus, in 4 Fällen sind keine Versuche angestellt worden. Von den 28 Fällen mit positivem Ergebniss sind 13 gestorben, von 3 keine Nachrichten erhalten, von den 29 Fällen mit negativem Ergebniss ist 1 gestorben.

Die beim Eintritt in die Anstalt bestehenden tuberkulosen Affectionen anderer Organe bestanden in:

Tuberkulöser.	Berichtsjahr.	Vorjahr.
Laryngitis . . .	9 mal = 14,8%	5 mal = 11,4%
Enteritis	8 » = 13,1%	1 » = 2,3%
Cystitis.	1 » = 1,6%	— —
Lymphadenitis . .	6 » = 9,8%	3 » = 6,9%
Pleuritis	1 » = 1,6%	3 » = 6,9%
Lupus	1 » = 1,6%	— —
Otitis media . . .	— —	1 » = 2,3%
Gonitis	— —	1 » = 2,3%
Periproktitis. . .	— —	1 » = 2,3%

Weitere Complikationen nicht tuberkulöser Art waren:

	Berichtsjahr:	Vorjahr:
Chlorose u. Anämie	23 mal=36,5 pCt.	16 mal=36,3 pCt.
Nervosität . . .	10 » =16,6 »	3 » = 6,8 »
Schw. Neurasthenie	6 » = 9,6 »	2 » = 4,5 »
Neuritis	1 » = 1,7 »	1 » = 2,3 »
Morbus Basedowi	1 » = 1,7 »	— —
Obstipation . . 5 Magen u. Darmkatarrh . . . 3 Atonie d. Magens 1 Nervöse Dyspepsie 1 Botriocephalus lat. 1	11 mal=17,4 pCt.	6 12 2 — — 20=45,4 pCt.
Vitia cordis . .	2 » = 3,3 »	3 » = 6,8 »
Ren mobile . .	1 » = 1,7 »	1 » = 2,3 »
Gynäkologische Leiden	4 » = 6,3 »	1 » = 2,3 »
Psoriasis u. Pytiriasis versicolor . .	2 » = 3,3 »	— —

[18]) Bericht über den Kongress zur Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit. Berlin 1899. Seite 722.

Die in unserem Sanatorium in Anwendung gebrachte Behandlungsmethode ist eine hygienisch-diätetische beruhend auf der allgemeinen Kräftigung des Organismus; sie stützt sich in der Hauptsache auf die bekannten Brehmer-Dettweilerschen Grundsätze, wie sie jetzt wohl allgemein in den modernen Lungenheilanstalten gelten. Hauptfactoren sind: gute Licht- und Luftverhältnisse, kräftige Ernährung, Abhärtung des Körpers durch aufmerksame Hautpflege, eine ruhige gleichmässige Lebensweise und möglichste Fernhaltung aller Schädlichkeiten, wo nöthig tritt eine Unterstützung durch Medicamente ein. Beifolgende Tageseintheilung, welche jeder Kranke nach der ersten ärztlichen Untersuchung eingehändigt erhält, veranschaulicht die Kurordnung. (Siehe Seite 182).

Wie ersichtlich, nimmt der Aufenthalt in der freien Luft den Hauptheil des Tages in Anspruch. Die meisten Patienten gewöhnen sich rach an die Liegekur. In der ersten Zeit wurde oft darüber geklagt, dass ein langdauerndes Liegen auf den hierzu disponiblen Liegesesseln unbequem sei, doch ist es mir durch einige Verbesserungen gelungen, diesem Uebelstande abzuhelfen. Die umgeänderten Liegestühle sind verstellbar, leicht transportabel und werden gern benutzt. Zweckmässig ist es, dass sie sich in zwei Theile zerlegen lassen und so sowohl als Liegestuhl als auch als Fauteuil gebraucht werden können. Die Liegezeiten werden fast bei jeder Witterung eingehalten, um so mehr als die Liegehallen so eingerichtet sind, dass sie nur gegen Süden offen einen ergiebigen Windschutz darbieten. Da, was man nicht voraussetzen sollte, bei uns gewöhnlich die Empfindlichkeit gegen Kälte viel bedeutender ist, als in südlicheren Gegenden, wie z. B. in Deutschland, so hatte ich anfangs ein Temperaturminimum von —12° C. als diejenige Grenze festgesetzt, bis zu welcher die Liegekur noch ausgeübt werden sollte, doch wurde oft bis 15—16° C. freiwillig ausgehalten, ohne dass über Kälte geklagt wurde. Den Schwerkranken und Fiebernden konnte der Genus von frischer Luft natürlich nur in beschränkterem Masse zu Theil werden, durch Lüftung der Zimmer etc. Neben dem Liegen im Freien ist aber auch ein richtiges Mass von Bewegung für die Lungenkranken nicht nur wünschenswerth sondern nothwendig. In der ersten Zeit nach dem Eintritt wird allerdings Ruhe verordnet, um so mehr, als ja der Lungenkranke nur zu leicht zu Uebertreibungen neigt und dann seinen Kräften mehr zumutet als ihm zuträglich ist, erst wenn er sich die Kurordnung zu eigen gemacht, werden ihm Spaziergänge gestattet. Um nun den Kraftverbrauch beim Promenieren entsprechend zu regulieren, habe ich eine ziemlich grosse Anzahl von Wegen anlegen lassen, so dass je nach dem Kräftezustand der Patienten eine Auswahl erfolgen kann. Da das Terrain hügelig ist, sind diesen Umstand benutzend die Wege so angeordnet, dass sie zuerst ansteigend später bergab führen und daher zum Schluss keine Anstrengung beanspruchen, auf diese Weise wird eine gute Lungengymnastik ausgeführt. Des weiteren sind um einer Ermüdung rechtzeitig vorzubeugen und so für das rechte Mass von Erholung bei der methodischen Atemübung zu sorgen, die Ruhepunkte

für

Tages-Ordnung

Die Temperaturen sind 3 mal täglich zu messen, um:

Winterkur.

October—April.

Langsam gehen!	7½—8 Aufstehen.	
	Abreibung: trocken	
Gerade halten!	Spiritus	Nicht in Taschentuch spucken!
	Wasser (kaltes).	
	½9 I. Frühstück	Auswurf nicht verschlucken!
Durch die Nase athmen!	9—½10 Spaziergang	Langsam essen!
	½10—½11 Liegekur	
	11 II. Frühstück	
	11½—12 Spaziergang	Fein kauen!
Husten unterdrücken!	1—½2 Liegekur	
	2 Mittagessen	
Niemand anhusten!	2½—4½ Liegekur. Vollkommene Ruhe!	
	5 Vesper (Nachmittagsmahlzeit)	
	½6—7 Liegekur	Langsam trinken!
Beim Husten das Taschentuch vor den Mund halten!	8 Abendessen	
	10 Zu Bette gehen	Vor und nach jeder Mahlzeit Hände u. Mundhöhle sorgfältig reinigen!
	½11 Allgemeine Ruhe	
	Alle Taglampen werden ausgelöscht!	

Besondere Verordnungen.

D Kranke kommt jeden um 12 Uhr vormittags zur Untersuchung und hat seinen Temperaturzettel mitzubringen.

D Kranke hat die Tagesordnung im eigenen Interesse streng einzuhalten.

so vertheilt, dass sie sich in einem immer kürzer werdenden Abstande folgen. Bei der Wahl derselben ist nun wiederum stets so verfahren worden, dass Stellen gewählt sind, die durch einen besonders anmuthigen Ausblick, oder sonst irgend wie den Sinn des Beschauers Fesselnde. den Patienten unwillkürlich veranlassen die Ruhebank zu benutzen, um den Eindruck des vor ihm Liegenden besser auf sich einwirken zu lassen. Tafeln mit Aufschriften wie: Sitzen bleiben, Nicht weiter gehen, etc., wie man sie häufig angebracht sieht, habe ich daher vermeiden können, sie wirken gewiss nicht erfreuend auf das Gemüth des so wie so schon durch strenge Regeln beengten Kranken, in der freien Natur darf er sie wenigstens nicht zu aufdringlich empfinden.

Einen weiteren integrierenden Bestandtheil des Heilverfahrens bei Lungenkranken bildet die Ernährung und ist das wohl auch zugleich eine der schwierigsten Seiten, insofern, als es bis jetzt wohl nach den Erfahrungen fast aller Sanatorien noch nicht gelungen ist, alle Kranken gleichmässig zufrieden zu stellen. Unlöslich erscheint aber das Problem für das Wirthschaftspersonal, wenn, wie es vorgekommen ist, fast jeder Patient an eine andere Küche gewöhnt ist (deutsche, russische, französische, baltische etc.) und wenn ein jeder nur die seine als schmackhaft bezeichnet [19]). Selbstverständlich können solche Mäkeleien nicht berücksichtigt werden. Bezeichnend ist es dabei, dass die Klagen fast ausschliesslich von Patienten stammten, die sich zu Hause in sehr ungünstigen Verhältnissen befanden und im Anfange ihres Aufenthaltes sich besonders zufrieden über das Gebotene aussprachen, bis der Spruch: «Nichts ist schwerer zu ertragen als eine Reihe von guten Tagen» auch hier in seine Rechte trat [20]). Andererseits gewöhnten sich die Patienten aus den besseren Ständen, die zum Theil gewiss einen luxuriöseren Tisch gewohnt gewesen, als er geboten werden durfte, bald an die Kost. In letzter Zeit, wo das Patientenmaterial fast ausschliesslich den gebildeten Kreisen angehörte, sind die Klagen fast verstummt. Bei der Ernährung sind wir nach dem Muster ähnlicher Heilanstalten von dem Princip ausgegangen, den Kranken eine gesunde, kräftige

[19]) Vorübergehend waren die Klagen berechtigt und musste daher eine Aenderung im Küchenpersonal eintreten.

[20]) Die anschaulichen Schilderungen Weickers über diese Calamität in «Mittheilungen aus Dr. Weickers Krankenheim». Göbersdorf in Schl. treffen auch bei uns zu.

«Hausmannskost» verabfolgen zu lassen, wobei natürlich von einer planmässigen Mastkur Abstand genommen wird. Der nachstehende beliebig herausgegriffene Speisezettel orientirt etwas genauer.

Speisezettel vom 1. bis zum 15. October 1900.

Sonntag	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Sonnabend
			Mittag			
Bouillon mit dickem Reiss.	Erbsenpürée mit Zwieback.	Borstsch.	Legirte Kohlsuppe	Nudelsuppe.	Soupe à la Julienne	Graupensuppe mit Kohlpirogge
Kalbsbraten mit Salat.	Beefsteaks mit Salat.	Hasenbraten mit Salat.	Rostbeef mit Salat.	Schweinebraten mit Salat.	Schmorbraten mit Salat	Schweinesteaks mit Salat
Gefrorenes.	Pfannkuchen.	Gebackene Aepfel.	Kranzbeer-Kissel.	Armer Ritter	Schneeballen	Frucht-Kompott
			Abend			
Gehirn Kotelettes.	Karbonaden.	Klopffleich.	Kolduny.	Boeuf Strogänoff	Schweine-Kotelett.	Ochsenzunge mit Schwarzwurzeln
			Mittag			
Bouillon mit kleinen Piroggen.	Bohnenpürée mit Zwieback.	Burkanenpürée mit Käsebrötchen.	Kohlsuppe.	Mannasuppe	Soupe à la Jardinieére	Italienische Maccaronisuppe
Wildbraten mit Salat.	Rostbeef mit Salat.	Lammbraten mit Salat.	Suppenfleisch mit Meerrettig.	Sauerbraten mit Salat	Kotelettes mit Salat	Falscher Hase mit Salat
Citronencrême.	Löffelkuchen mit Saft.	Apfelcrême.	Schwarzbeerkissel.	Wareniki	Sagopudding mit Sauce	Apfelkuchen
			Abend			
Kalbssteeks.	Rollklops.	Gefüllter Kohlkopf.	Golubtsy.	Maccaronipudding mit Schinken	Gebratene Leber	Wiener-Schnitzel

Täglich

I. Frühstück.	Brei, Kaffee oder Thee. Zwieback, Brot. Butter.
II. Frühstück.	Thee, kalter Aufschnitt, Schinken, Brot, Butter.
Vesper.	Kaffee oder Thee. Gebäck.

Zu allen Mahlzeiten wird Milch verabfolgt. Ausserdem auf Wunsch Kefir.

ausdrücklich angaben, keine Milch geniessen zu können. Wir halten es nicht für nothwendig, die Milch, wie es z. B. in Ederberg geschieht, nur desshalb gekocht zu geben, damit der Kranke sich für späterhin daran gewöhnt, denn durch das Kochen verliert sie doch bedeutend an Schmackhaftigkeit und wird der Patient, wenn es ihm eingeschärft wird und er wirklich ernstlich von der Zweckmässigkeit dieser Anordnung überzeugt ist, auch so diese Vorsichtsmaassregel im späteren Leben beobachten. Uebrigens dörfte das einfache Aufkochen auch gar keine genügende Garantie für absolute Keimfreiheit bieten. Was den Genuss von Alkohol anbetrifft, welcher von Brehmer und Dettweiler so empfohlen wurde, so stehen wir auf dem Standpunkte Koberts und sehen in ihm wohl ein wichtiges Arzneimittel, das wo nöthig dem Phthisiker in mässigen Dosen verordnet werden kann, nie aber dem Belieben des Patienten überlassen bleiben darf [21]). Es wird bei uns daher Alkohol nur nach specieller schriftlicher Erlaubniss des Arztes verabreicht.

Besonders Gewicht legten wir auf den reichlichen Genuss von Milch deren Menge nicht beschränkt ist, von Milchpräparaten wurde Kefir gegeben, der erfrischend und Appetit anregend wirkt. Die Milch wird aus einem Viehbestand bezogen, bei welchem seit August a. c. Tuberkulinimpfungen vorgenommen werden. Bei der ersten Impfung brauchte keine Kuh eliminirt zu werden, da keine Reaction eintrat. Ueberhaupt liegen die Verhältnisse in dieser Beziehung in der ganzen Gegend günstig, insofern als Tuberkulose beim Vieh hier selten ist. Die Erklärung dieses Umstandes ist wohl in der Thatsache zu suchen, dass das Milchvieh wenig geschont den Unbilden jeder Witterung trotz bieten muss, es ergiebt sich von selbst dass bei dieser Abhärtung nur der gesunde Theil der Herde persistiert, etwaige kranke Thiere fallen bald zum Opfer. Daher disponieren die einfachen Landrassen erwiesenermassen weniger zur Erkrankung als edle Rassen. Ausserdem sind die Verfügungen über den Import von Milchvieh in Finnland sehr strenge. Im vorigen Sommer habe ich versuchsweise auch Ziegenmilch (wegen dem grösseren Fettgehalt) trinken lassen und fand dieselbe Anklang. Die Milch wurde, da einwandsfrei, in rohem Zustande verabfolgt und ist hier fast ausnahmslos gut vertragen worden, auch von solchen Kranken, welche bei ihrem Eintritt

Die Abhärtung des Körpers wurde wo nicht bestimmte Contraindicationen bestanden, durch tägliche Abreibung mit kaltem Wasser gefördert, bei denjenigen Patienten welche daran von früher her nicht gewöhnt waren, wurden dieselben einige Wochen hindurch trocken oder mit Spiritus vorgenommen.

[21]) Kobert: Ueber Lungenheilanstalten cf. Balneologische Centralzeitung, Januar 1901.



Eine der Bedingungen einer erfolgreichen Anstaltsbehandlung besteht in dem strengen Einhalten aller Vorschriften und ist das gerade ein Moment, welches eigentlich nur in einem Sanatorium consequent durchführbar ist [22]). Eine Kur setzt sich stets aus zwei Componenten zusammen, erstens aus der Verordnung des Arztes, zweitens aber aus der Willfährigkeit des Patienten, diese ist die conditio sine qua non, um erstere in Ausführung zu bringen. Das Krankheitsgefühl der meisten zur Behandlung kommenden Phthisiker des Frühstadiums (und von solchen dürfte ja nur in einer Heilanstalt die Rede sein) ist ein wenig ausgesprochenes und wird mit fortschreitender Besserung natürlich noch geringer. Die Folge ist dass er leicht geneigt ist, Unvorsichtigkeiten zu begehen, wenn er sich nicht einer strengen Controle unterworfen fühlt, welche seine Willensäusserungen regelt. Disciplin und damit eine gewisse Regelmässigkeit und Ruhe im äusseren Leben der Kranken zu schaffen, ist zwar keineswegs eine leichte aber immerhin doch meist durchführbare Aufgabe. Doch ist dadurch noch nicht immer eine Ruhe und Regelmässigkeit auch im inneren Leben des Patienten erreicht. Abgesehen von irgend welchen Sorgen und Kummer, die durch rein private Verhältnisse bedingt sein mögen und deren Fernhaltung natürlich nicht zu den Befugnissen einer Sanatoriumsbehandlung gehören kann, ist es doch ein Moment, dem Beachtung geschenkt werden muss. Durch die lange oft über Monate ausgedehnte Kur und das geringe Krankheitsgefühl bedingt tritt in kurzem beim Patienten das Bedürfniss nach Bethätigung auf, wird diesem nicht Rechnung getragen so stellt sich bald genug die Langeweile ein und eine unausbleibliche Folge ist dann die Unzufriedenheit. Jede aufkeimende Anerkennung geschweige denn Dankbarkeit wird unterdrückt, der Kranke ist weit davon entfernt, die Anstaltsbehandlung als einen Act practischer Fürsorge aufzufassen, sie droht für ihn nur in eine Quelle von unbegrenzten Ansprüchen auszuarten, damit ist aber weder dem Patienten noch dem Sanatorium gedient [23]). Der Aufenthalt in der Anstalt muss dem Kranken ja meist auf lange Zeit die Heimath ersetzen, was ist da natürlicher als dass er dabei auf vieles verzichten muss, was ihm sonst das Leben angenehm gestaltete, nach Möglichkeit muss versucht werden, ihm einen Ersatz zu schaffen, damit er sich wohl und glücklich fühlt. Es erscheint daher dringend geboten, den Kranken auch Unterhaltung und Zerstreuung zu bieten, damit sie nicht zu viel Gelegenheit haben trüben Gedanken über ihren Zustand nachzuhängen oder untereinander «Bacillen-Gespräche» zu führen, die zu mancher irrigen Auffassung über Wesen und Art ihrer Erkrankung führen. Soweit die Verhältnisse es zuliessen haben wir versucht ab und zu (so zum Weihnachtsfest, Sylvesterabend etc.) einige Unterhaltungen zu arrangieren. Von Bedeutung sind populär gehaltene Vorträge oder Vorlesungen über medicinische Themata, um so die Kranken aufzuklären über die Art und Behandlung ihrer Krankheit, damit sie auch für späterhin eine Richtschnur für ihre Lebensweise haben [24]) Ein Kurerfolg hängt zum grössten Theil eben auch von dem späteren Verhalten des Patienten ab, wird nach Austritt keine Vorsicht und Einhaltung der im Sanatorium erlernten Regeln beobachtet, so ist dauernder Effect nicht zu erwarten.

[22]) Die Hausordnung lasse ich im Anhang folgen.

[23]) Cf. Weicker: Mittheilungen aus Dr. Weickers Krankenheim, Görbersdorf in Schlesien 1897.

[24]) Da neben der medicinischen Thätigkeit die Erledigung der Verwaltungsgeschäfte, Neueinrichtungen, Correspondenzen etc. viel Zeit in Anspruch nehmen, so war es einem Arzt allein nur in sehr beschränktem Masse möglich durch Vorlesung etc. ab und zu eine Anregung zu bieten.

Zur Fernhaltung von Schädlichkeite[n] hört auch eine streng durchgeführte Prophylaxe, muss dem Kranken gewissermassen zur zweiten N[atur] werden, nicht nur in seinem eignen sondern auc[h im] Interesse seiner Umgebung. Wird in dieser Bezie[hung] eine eiserne Disciplin eingehalten, so besteht auch k[eine] Gefahr, es darf also die Furcht vor Ansteckung n[icht] übertrieben werden. Es liegt in der Natur der Sa[che] dass in einer Specialheilanstalt alle Einrichtungen [da]rauf hinarbeiten, eine Vernichtung der Krankheitskei[me] zu erstreben. Daher ist die Gefahr, durch Inhalati[on] von Tuberkelbacillen inficiert zu werden, nirgends [so] gering als in einer Heilanstalt für Lungentuberkulo[se] respective deren Umgebung [25]). Zur Unterbringung d[es] Sputums sind die Dettweiler'schen Taschenspeifläsch[chen] obligatorisch nachdem vorübergehend das Andreas[-]berger Muster mit Schraubdeckel benutzt worden war doch hat sich uns dasselbe gar nicht bewährt. Ausser[-]dem sind auf Corridoren und in den allgemeinen Auf[-]enthaltsräumen Spucknäpfe in Brusthöhe angebracht dieselben sind leicht sterilisirbar, bequem und entsprechen ihrem Zweck am besten, unter anderem auch weil sie das Verspritzen von Keimen vermeiden lassen. In den Krankenzimmern stehen noch cylindrische Gefässe aus emailliertem Eisenblech zur Disposition, dieselben sind sehr handlich und werden besonders von bettlägerigen Kranken gern benutzt. Um einer Austrocknung des Auswurfs vorzubeugen werden die Speinäpfe mit Pix liquida gefüllt. Morgens und Abends findet eine Sterili[-]sation aller Speinäpfe statt durch einstündiges Kochen in ad hoc eingerichteten Kochapparaten. Fraglos besteht ja die idealste und radicalste Methode der Unschädlich[-]machung des Auswurfs in einer Verbrennung desselben. In der Heilanstalt Alland sah ich besondere Papier[-]maché-Spukschalen verwandt, nach Benutzung werden sie sammt Inhalt dem Feuer überliefert, doch dürften dieselben des hohen Kostenpunkts wegen bei uns schwer[-]lich Eingang finden. Die Krankenzimmer werden nach Weggang eines jeden Patienten durch den Lingner'schen Glykoformalapparat desinficiert, worauf noch eine gründ[-]liche Abwaschung des ganzen Raumes sowie des Mobi[-]liars mit Sapo kalinus und darauf mit Sublimatlösung (1 : 1000) erfolgt. Allerdings besitzt das Glykoformal einen sehr unangenehmen stechenden Geruch, so dass die desinficirten Zimmer für einige Zeit nicht zu benutzen sind erst nach Waschen mit Soda und Ammoniumcarbonat sowie durch beständige Lüftung verliert sich der Geruch. Die Wäsche für welche ein jeder Patient zwei specielle Säcke zur Verfügung bekommt wird unter Verschluss in die Waschanstalt geschafft, dort wird die Keimfreiheit durch halbstündiges Kochen in Schmierseifelösung erzielt.

Bezüglich der medicamentösen Therapie schliesslich ist es ja bekannt dass dieselbe in einer Heilanstalt für Lungenkranke von untergeordneter Bedeutung, denn «Echte Specifica gegen die Tuberkulose gibt es bis jetzt nicht» [26]). Gleichwohl kann ein pharmakonihilistischer Standpunkt nicht eingenommen werden zumal bei einem Krankenmaterial das wie das unsrige im Anfang in der überwiegenden Mehrheit schwerere Fälle enthielt, in letzterer Zeit hat sich das erfreulicher Weise gebessert. Zur Linderung der zahllosen Beschwerden und Hebung des Allgemeinzustandes ist da eine symptomatische Behandlung nothwendig. Auch bei initialen Fällen ist manchmal eine Unterstützung durch Medicamente wie Arsenik, Eisen, Nährpräparate etc. etc. wünschenswerth, natürlich aber — «primum non nocere».

[25]) Von Weismayer: Die Furcht vor Heilanstalten für Tuberkulose, Wiener klin. Wochenschrift Nr. 23, 1897.

[26]) Kobert: Ueber die medicamentöse Behandlung der Tuberkulose. Congress zur Behandlung der Tuberkulose. Berlin 1899.

Abgesehen von den allgemein üblichen Mitteln haben wir aber wo diese versagten oder eine Contraindication bestand auch Versuche gemacht mit einigen neueren besonders empfohlenen Medicamenten, um die Erfahrungen über dieselben zu erweitern, soweit von solchen bei der Kleinheit unseres Materials die Rede sein kann. Es waren das vorzugsweise Dionin, Pyramidon, Duotal, Guajacol und Kreosotvasogen.

Dionin-Salzsaures Aethylmorphin. Es hat sich uns als ein den Hustenreiz milderndes Mittel gut bewährt, irgendwelche störende Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet, ich möchte hier besonders einen Fall herausgreifen. Phtisica des II Stadiums mit Bronchitis: Quälender sehr starker Reizhusten, Würgen und Erbrechen, Nachtruhe sehr gestört, Neigung zu Obstipation. Codein 0,03 bleibt ohne Wirkung, Morphin 0,003 ruft Uebelkeit hervor und verursacht Obstipation, wird daher refüsirt. Darauf Morgens und Abends 0,02, Abends 0,03 Dionin. Wirkung: Husten bedeutend gemildert daher mehrstündiger ruhiger Schlaf, Expectoration scheint vermehrt, Verdauung gut, keinerlei üble Nebenwirkung. Nach mehrwöchentlicher Besserung wird das Dionin ausgesetzt, um bei Eintritt von Beschwerden wieder in Anwendung gebracht zu werden.

Pyramidon-Dimethylamidoantipyrin ist als Fieber erniedrigendes Mittel in Anwendung gebracht worden. Da durch das Fieber oft das Gesammtbefinden in empfindlicher Weise leidet und die Bettruhe in hartnäckigen Fällen allein nicht genügt um eine Herabsetzung zu erzielen, so musste es wünschenswerth erscheinen medicamentös einzuschreiten um den Patienten eine Erleichterung zu schaffen. Wir gaben das Pyramidon in Dosen von 0,25—0,3; in einem Spitzglas Wasser gelöst wurde es vor dem Fieberanstieg langsam schluckweise getrunken. Die von Kobert hervorgehobenen Vorzüge vor anderen Antipyreticis lassen die Anwendung in der Phthiseotherapie besonders geeignet erscheinen. Die Wirkung des Pyramidon auf das Herz, welches bei Phthisikern ja meist schwach, ist im Gegensatz zu anderen Antipyreticis eher eine günstige als eine ungünstige zu nennen, wobei aber doch die antipyretische Kraft genügt und die Fieberherabsetzung bei allmählichem Eintritt länger andauert. Ueble Nebenerscheinungen haben wir nicht gesehen, in 2 Fällen trat eine geringe Schweissabsonderung ein, ohne dass die Einnahme darum ausgesetzt zu werden brauchte. Bei hoch febrilen Körpertemperaturen scheint es dieselben wohl herabzusetzen jedoch nicht vollkommen zu bannen.

Duotal-Guajacolum carbonicum purissimum wurde bei solchen Patienten gegeben, bei denen in Folge von Appetitmangel keine Zunahme des Körpergewichts stattfand. Wir verabreichten pro dosi 0,5 3 mal täglich nach dem Essen, allmählich wurde dann bis auf 1,5 pro dosi gesteigert. Meist war auch eine Appetit anregende Wirkung zu constatiren, in einigen Fällen jedoch sahen wir keinen Erfolg. Husten und Auswurf schienen durch den Gebrauch nicht beeinflusst.

Guajacol- und Kreosotvasogen (20 pCt.) sind zu Einreibungen verwandt worden, wo auf eine innere Medication von Kreosotpräparaten verzichtet werden musste. Alle 2 Tage bis zu ½ Theelöffel eingerieben. Die genannten Vasogene dringen gut in die Haut ein und werden vom Organismus resorbirt, wie das Vorhandensein von Phenolen im Harn beweist. Irgendwelche Reizerscheinungen wurden nicht beobachtet. In einigen Fällen scheint Kreosotvasogen das Fieber herabzusetzen.

Was den Verlauf der Krankheit in der Anstalt anbetrifft, so ist es erfreulich zu beobachten wie bei den zur Sanatoriumbehandlung geeigneten Fällen die subjectiven Beschwerden und das Krankheitsgefühl verhältnissmässig bald schwinden, während wie schon bemerkt local eine Veränderung des Lungenbefundes erst langsam eintritt. Eine Entfieberung trat wie aus der oben angegebenen Tabelle ersichtlich in 52,3 pCt. ein, ein Resultat welches, wenn wir dasselbe mit dem einiger anderer Heilanstalten vergleichen als günstig zu bezeichnen ist.

Es wurde Entfieberung erreicht[27]):

in Hohenhonnef (1897)	in 37,2 pCt.
„ Reiboldsgrün (1899)	„ 50,0 „
„ Pitkäjärvi (1900)	„ 52,4 „
„ Davos nach Volland	„ 62,8 „
„ Davos nach Turban	„ 64,9 „

Die 33,3 pCt. bei welchen die Entfieberung nicht erzielt wurde waren fast ausschliesslich schwere Fälle, bei denen die Prognosis nicht nur quoad valetudinem sondern auch quoad vitam pessima.

Die Nachtschweisse, welche ja meist mit dem Fieber in ursächlichem Zusammenhange, verschwanden meist nach kurzer Zeit ohne jegliche Therapie, wo nicht verloren sie sich nach Gebrauch von Alcohol oder besonders prompt nach Fol. Salviae, Abreibungen mit Essigwasser wurden nur zwei mal, Agaricin nur einmal verordnet, während Atropin keinmal benutzt zu werden brauchte.

Beim Eintritt durch die mikroscopische Untersuchung des Sputums nachgewiesener Bacillenbefund war in 22,2 pCt. (cf. Tabelle) beim Austritt negativ. — Als auffallend ist der Umstand hervorzuheben, dass auch im Berichtsjahr, wie im Vorjahr[28]) keine einzige Haemoptoe beobachtet worden ist, abgesehen natürlich von kleinen Blutbeimengungen wie sie wohl fast bei jedem Phthisiker ab und zu sich im Auswurf vorfinden, zu erwähnen ist, dass dabei bei 55,7 pCt. (Vorjahr 29,5 pCt.) in der Anamnese Haemoptoen angegeben waren, in 8,2 pCt. waren die Blutmengen recht reichliche gewesen. Zieht man in Betracht, dass Gabrilowitsch[29]) bei einem Patientenmaterial von 380 in Halila auch nur in 1,0 pCt. wirkliche Haemoptoen (in 55 pCt. ein- oder mehrmalige sogenannte capilläre Blutungen) beobachtete, so gewinnt, falls die Constanz dieser Ziffern hier und dort sich auch im Laufe der Jahre bestätigen sollte, dieser Umstand vielleicht eine Bedeutung bei Beurtheilung der klimatischen Verhältnisse des Tieflandes.

Fürs Erste lassen sich bei dem kleinen Material natürlich keinerlei bestimmte Schlüsse ziehen. Zum Vergleiche sei noch Gerhardt's[29]) Mittheilung angeführt, welcher bei 879 Phthisikern seiner Klinik in 10 pCt. Blutungen sah, wo die entleerte Blutmenge mehr als 100 Ccm. betrug. Turban[30]) (Davos) fand in 9,8 pCt. (bei 408 Patienten) Hämoptoen, ohne dass aber die Blutungen genauer angegeben wurden; Volland[31]) (Davos) giebt in 6,5 pCt. seiner Fälle Blutungen an.

Bis zu einem gewissen Grade dient auch die Zunahme des Körpergewichts als Kriterium einer erzielten Besserung im Verlaufe der Anstaltskur. Eine planmässige Uebernährung hat, wie gesagt, bei uns nicht stattgefunden, denn es kommt eben hauptsächlich darauf an, dass bei Hebung des Stoffwechsels und geeigneter Blutversorgung der Lungen eine Zunahme der Musculatur erreicht wird, denn ohne diese hat eine blosse Vermehrung des Körperfettes wenig Werth, da diese auch eine erhöhte Herzaction voraussetzt, welche beim Phthisiker ohnehin meist schwach. — Die gesammte Gewichtszunahme betrug bei 63 Patienten in 4981 Verpflegungstagen 386,5 russische Pfund, also in durchschnittlich 79 Kurtagen für den Einzelnen 6,135

[27]) Wolff-Immermann: Jahresbericht der Heilanstalt Reiboldsgrün 1899.

[28]) cf. I. Bericht über die Thätigkeit des Evangelischen Sanatoriums.

[29]) Ueber Lungenblutungen bei der chronischen Lungenschwindsucht. Berl. klin. Wochenschrift 1899, Nr. 1.

Pfund. **Die höchste Zunahme** betrug 22,25 Pfund in 58 Tagen; die bedeutendste Abnahme $6^1/_2$ Pfund in 270 Tagen.

	Berichtsjahr.	Vorjahr.
Es hatten zugenommen	46 = 73,0 pCt.	26 = 59,1 pCt.
„ „ abgenommen	4 = 6,4 „	7 = 15,9 „
Gleichgeblieben waren	4 = 6,4 „	9 = 20,5 „
Das Gewicht konnte nicht bestimmt werden bei	9 = 14,2 „	2 = 4,5 „

Ueber die Gewichtsverhältnisse orientirt folgende Tabelle:

Gewichtsverhältnisse. Nach russ. Pfunden.	Berichtsjahr. Zunahme.	Berichtsjahr. Abnahme.	Vorjahr. Zunahme.	Vorjahr. Abnahme.
Bis zu 1 ℔	1 mal	-	1 mal	—
» » 2 »	6 »	—	2 »	1 mal
» » 3 »	3 »	3 mal	2 »	1 »
» » 4 »	2 »	—	—	1 »
» » 5 »	6 »	—	3 »	1 »
» » 6 »	2 »	—	—	—
» » 7 »	2 »	1 »	1 »	—
» » 8 »	1 »	—	4 »	—
» » 9 »	4 »	—	3 »	—
» » 10 »	3 »	—	2 »	1 »
» » 11 »	3 »	—	—	—
» » 12 »	1 »	—	—	1 »
» » 13 »	—	—	—	—
» » 14 »	1 »	—	—	—
» » 15 »	4 »	—	1 »	—
» » 16 »	2 »	—	1 »	—
» » 17 »	3 »	—	—	—
» » 11 »	1 »	—	1 »	—
» » 19 »	—	—	2 »	—
» » 20 »	—	—	—	—
» » 21 »	—	—	—	—
» » 22 »	—	—	2 »	—
» » 23 »		—	—	—
» » 30 »	—	—	1 »	1 »

Die 40 Fälle, bei welchen die Anstaltsbehandlung einen positiven Erfolg ergab, hatten bei einer durchschnittlichen Kurdauer von 91 Tagen eine Zunahme des Körpergewichts um 8,5 Pfund für den Einzelnen aufzuweisen.

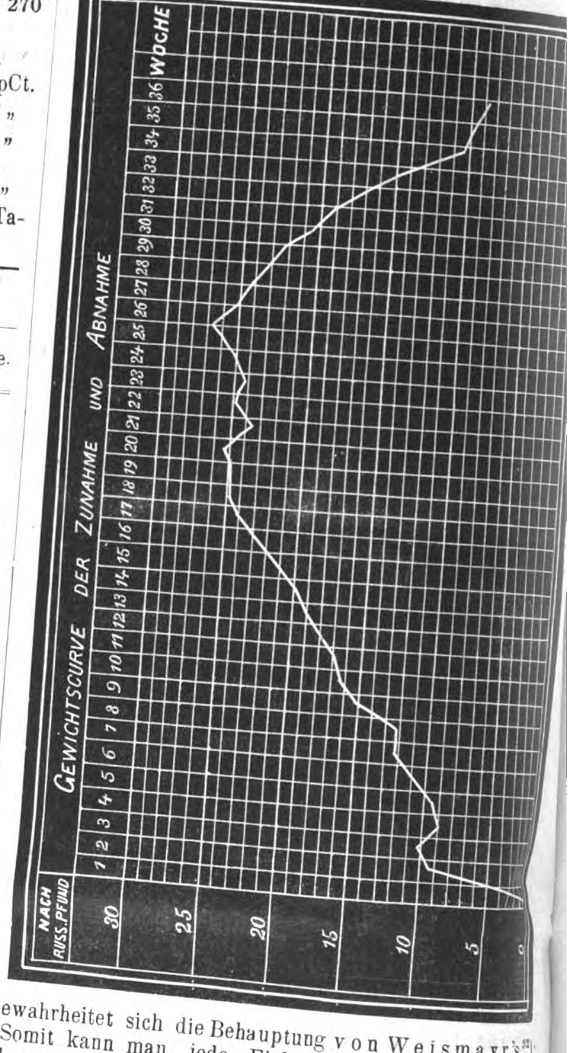
Zusammenstellung mit den Gewichtszunahmen einiger ähnlichen Anstalten:

Es wurden erreicht:

in 81 Kurtagen	in Bad Rehburg	. . . .	7,8 Pfund,
„ 70 „	„ Malchow	. . . .	8,0 „
„ 70 „	„ Blankenfelde	. . . .	8,0 „
„ 91 „	„ Pitkäjärvi	. . . .	8,5 „

Die Wägungen fanden jede Woche an dem zu Anfang dem Patienten festgesetzten Untersuchungstage statt. Meist ist eine ganz bestimmte Regelmässigkeit bei der Zunahme des Körpergewichtes zu beobachten. Die bedeutendsten Zunahmen finden natürlich in der ersten Zeit nach dem Eintritt statt, weiter im Verlauf des Aufenthaltes werden sie immer geringer, bis schliesslich ein Normalgewicht erreicht, dieses bleibt dann mit einzelnen Schwankungen meist bis zum Austritt bestehen. Anders stellt sich die Gewichtscurve bei den zur Behandlung ungeeigneten Fällen, auch diese nehmen zwar in der ersten Zeit bedeutend zu, um dann ihre erzielte Gewichtszunahme wieder allmählich, oft auch mit Schwankungen zu verlieren. Beifolgend gebe ich die Gewichtscurve einer solchen Patientin, welche es bis zu $26^1/_2$ Pfund Zunahme gebracht hatte.

Besteht fortdauerndes Fieber, so stellen sich die Gewichtsverhältnisse meist schon sehr bald ungünstig und



bewahrheitet sich die Behauptung von Weismayr's[32]: „Somit kann man jede Fiebercurve auch thatsächlich als umgekehrte Gewichtscurve ansehen. Nur die Höhe des Fiebers scheint geringeren Einfluss zu haben; es handelt sich vielmehr bloss darum, ob die Temperatur erhöht ist oder nicht.“

Fassen wir nun nochmals kurz die Ergebnisse an den im Berichtsjahre verpflegten Kranken, deren Eintheilung nach Turban-Weicker'schem Princip erfolgte, so ergiebt sich, dass das Resultat

positiv	war in	40	Fällen	= 63,5 pCt.
fraglich	„ „	6	„	= 9,5 „
negativ	„ „	11	„	= 17,5 „

In 6 Fällen = 9,5 pCt. war die Kurdauer zu kurz, um eine Beurtheilung zu ermöglichen.

Das negative Resultat in 11 Fällen fand seine Erklärung durch folgende Momente.

1) Sehr schwere Erkrankung der Lunge und schwere tuberculöse Affection anderer Organe, — eine Besserung erschien in diesen Fällen von vornherein ausgeschlossen.

2) Intercurrente Erkrankungen während der Kur nach sonstiger Besserung.

3) Schwere Complicationen nicht tuberculöser Natur.

Oft bestand auch eine Combination der angeführten Umstände. Die trotzdem in einzelnen Fällen erreichte Gewichtszunahme (z. B. 52, 80, 88) oder Besserung im subjectiven Befinden konnte bei der Beurtheilung nicht berücksichtigt werden.

[29]) Berliner Klinische Wochenschrift 1899, Nr. 21.

[30]) Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberkulose. Wiesbaden 1899.

[31]) Berliner Klinische Wochenschrift 1899, Nr. 1.

[32]) Wiener Klinische Rundschau 1899, Nr. 11.

Die Beurtheilung der Erfolge[33]) unserer Anstaltsbehandlung können bei dem kurzen Bestehen des Sanatoriums bloss einen bedingten Werth beanspruchen, insofern als sie sich auf den Zeitpunkt der Entlassung oder doch auf einen von demselben nicht sehr entfernten beziehen, daher kann erst die Zukunft entscheiden, ob die Besserung eine dauernde war. Jedenfalls ist unsere Heilanstalt den Forderungen, welche an dieselbe gestellt werden durften, gerecht geworden, denn bei einem Patientenmaterial, welches, wie das unsere, zum weitaus grössten Theil geringe Aussicht auf Erfolg darbot, eröffnet ein Resultat von 63,5 pCt. deutliche Besserung (resp. 70,0 pCt.) für die Zukunft eine erfreuliche Perspective. Es kann daher der Hoffnung Raum gegeben werden, dass wir bei passender Einweisung der Fälle nach Ablauf der Jahre auch von erreichten Heilungen oder doch andauernden Besserungen werden berichten können. Unerlässlich ist es zu einer richtigen Würdigung dem weiteren Schicksal der Entlassenen zu folgen. Dass es oft schwer sein wird, verlässliche Daten zu erhalten, verhehlen wir uns nicht, viele diesbezügliche Anfragen bleiben unbeantwortet, viele enthalten ungenügende Angaben. Es sei daher an alle Collegen, welche unsere Patienten späterhin eventuell in Behandlung haben, die Bitte gerichtet, uns freundlichst durch Auskunft über den Gesundheitszustand derselben unterstützen zu wollen.

Von einem Theil der im Vorjahr behandelten Kranken ist es gelungen, eine ärztliche Begutachtung ihres jetzigen Zustandes zu erhalten und gebe ich die Nachrichten unter Bezugnahme auf den vorjährigen Bericht in Folgendem wieder.

Stadium.	№	Geschlecht und Alter:	Art der Erkrankung:	Kurtage.	Gewichtszunahme.	Resultat in d. Anstalt.	Aerztliche Begutachtung bezw. Tod:
I	1 (9)	Herr N. 22 J.	R. Spitze gedämpft bis II Rp.	26	$+8^1/_2$	p.	Besserung stetig fortgeschritten.
	2 (10)	Herr N. 22 J.	L. Infiltrat bis II Rp. u. Sp. scad.	61	$+15^1/_4$	p.	Besserung. Heirath.
	3 (24)	Herr N. 30 J.	R. Spitze krank. Kleinbl. cons. Rasseln L Spitze tiefstehend Giemen.	60	$+9^3/_4$	p.	Vollkommen arbeitsfähig.
	4 (30)	Herr N. $16^1/_2$ J.	R. Lunge krank. Beiderseits starke Bronchitis. Labile Vasomotoren.	36	$+7^1/_4$	p.	Vollkommen gesund.
	8 (17)	Frl. N. 20 J.	L. Lunge krank. Bronchitis. Laryngitis simpl.	132	$+29^1/_2$	p.	Gesund.
	9 (27)	Herr N. 39 J.	R. Lunge krank. Pleuritis sicca dext. Gonitis tub. incip. Diarrhoe.	29	$+2^3/_4$	n.	Gesund.
II	20 (16)	Herr N. 16 J.	Beide Lungen krank. L. Caverne.	77	+8	p.	Arbeitsfähig.
	21 (20)	Herr N. 20 J.	Beide Spitzen krank. Anaemie. Schlechter Esser. Obstipation.	123	+5	p.	Arbeitsfähig.
	22 (21)	Knabe N. 6 J.	Beide Lungen krank. Anaemie. Lymphaden. mesent. Colitis chron.	25	—	n.	Soll in der Krim ganz gesund geworden sein.
	24 (36)	Herr N. 19 J.	R. Lunge krank. Caverne. Laryngitis simpl.	92	$+17^3/_4$	p.	Arbeitsfähig. Befindet sich in Davos.
	25 (44)	Frl. N. 19 J.	L. Lunge krank. Anaemie. Obstipation. Bronchitis.	88	—	n.	†
III	34 (22)	Herr N. 35 J.	Beide Lungen schwer krank. L. Caverne.	79	$+18^3/_4$	p.	†
	35 (23)	Herr N. 36 J.	Beide Lungen krank.	40	+7	p.	†
	37 (34)	Frl. N. 14 J.	L. Lunge krank. R. O. etwas verkürzter Schall.	61	$+2^1/_4$	p.	Lungen gesund.
	40 (39)	Frl. N. 26 J.	Beide Lungen krank. R. Caverne.	61	+8	p.	†
	42 (41)	Herr N. 23 J.	R. schwere Erkrankung Caverne. L. leichtkrank. Obstipation.	120	$+18^3/_4$	p.	Arbeitsfähig.

(Schluss folgt).

[33]) Bei den in den Tabellen mit einem ? versehenen Patienten könnte es erscheinen, dass bei der Charakteristik des therapeutischen Erfolges zu streng verfahren sei; es sind das jedoch Fälle, bei welchen zwar in der Anstalt eine Besserung erzielt wurde die Fortdauer derselben aber durch hinzugetretene Complicationen oder Zwischenfälle zweifelhaft erschien.



Bücheranzeigen und Besprechungen.

Die Behandlung der tabischen Ataxie von H. S. Frenkel. (Leipzig 1900, F. C. W. Vogel).

Der Begründer der compensatorischen Uebungstherapie hat in diesem Buche zum ersten Male seine reichen Erfahrungen zusammengefasst. Das Wesen der mechanischen Behandlung der Ataxie ist bekannt genug und erfordert kein genaueres Eingehen mehr; je mehr der Arzt individualisirt (also keine unnützen Apparate!), um so bessere Resultate wird er erzielen. Von noch grösserem Interesse als die Schilderung der auf's sorgfältigste ausgearbeiteten Methodik (specieller Theil), ist der erste Abschnitt des Buch's, der allgemeine Theil.

Atactisch nennt Fr. eine Bewegung, die anders verläuft als die normale zur Erreichung des gleichen Zweck's. Eine atactische Bewegung ist unzweckmässig, weil sie Zeit und Kraft vergeudet. Als absolut zweckmässig darf die eingeübte Bewegung eines gesunden Menschen bezeichnet werden, sie dient zur vergleichenden Beurtheilung der pathologischen. Die Gehstörung braucht nicht der Coordinationsstörung proportional zu sein, ebensowenig ist sie stets proportional der Ataxie in der Ruhelage. Augenschluss lässt die tabische Ataxie immer deutlicher hervortreten.

In sehr richtiger und berücksichtigenswerther Weise betont Fr. die Untersuchung der Sensibilität, deren Störungen bei der Tabes kaum je fehlen, aber nicht leicht nachweisbar sind, da es sich meist um Herabsetzung, selten um Aufgehobensein der Qualitäten handelt. Ataxie ist folglich immer mit Sensibilitätsstörungen verbunden. (Haut, Gelenke, Muskeln, Sehnen). Einen Hauptfactor bei den tabischen Störungen bildet die Hypotonie, eine übermässige Erschlaffung der Muskeln, die eine pathologische Ueberbeweglichkeit in den Gelenken bewirkt und dadurch die Exactheit der Bewegungen bedeutend erschwert.

Das Frenkelsche Buch sollte von allen Nervenspecialisten nicht nur gelesen sondern auch berücksichtigt werden, dann würden vielleicht etwas weniger unglückliche Tabiker gehängt und gebrannt werden.

Voss.

Ph. Stöhr: Lehrbuch der Histologie und der mikroscopischen Anatomie des Menschen mit Einschluss der mikroscopischen Technik. Neunte, verbesserte Auflage. Jena. Gustav Fischer. 1901. (Preis 7 Mk.).

Wenn der Titel schon Alles besagt, was das Buch bringt, so ist es ja aus seinen früheren Auflagen bereits jedem Studenten der ersten Semester bekannt. Auch die neue Auflage kann was Uebersichtlichkeit und Klarheit der Darstellung an der Hand zahlreicher Abbildungen anbelangt dem Studirenden empfohlen werden, doch wird auch mancher College, der sich mit Mikroscopie beschäftigt und doch kaum Gelegenheit hat die Specialzeitschriften für mikroscopische Anatomie zu verfolgen, das Neue auf dem Gebiete finden, um bei seiner Thätigkeit orientirt zu sein.

Ucke.

Prausnitz: Grundzüge der Hygiene. 5. Auflage. Lehmann.

Namentlich unter den Studirenden stark verbreitet, wird das Werk sich gewiss in der neuen Auflage wegen seiner klaren und übersichtlichen Darstellung zu seinen alten noch neue Freunde erwerben.

Wichert.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

682. Sitzung den 14. November 1900.

Vorsitzender: Tiling. Secretär: Albanus.

Voss: Ein Fall von Ponstumor.

Discussion.

Nissen: Es handelte sich doch im Krankheitsbilde jedenfalls um eine beiderseitige Facialisaffection. Links Facialislähmung und mit ihr gekreuzte rechtsseitige Hemiplegie und Krampf im rechten Facialis?

Voss: Es war schwer zu entscheiden, ob es sich um einen Krampf des Facialis oder um eine Contractur des paralytischen Facialis handelte.

Nissen: Warum wurde trepanirt?

Voss: Die Trepanation erschien als das einzig das eventuell noch Hilfe resp. Erleichterung bringen und geschah als vitale Indication.

Tiling: War der Puls verlangsamt?

Voss: Wenig.

Tiling: Die Diagnose, dass ein Hirntumor v nöthigt mitunter zur Operation. Man braucht sie nicht vorzuschlagen, jedoch darf man sie nicht ablehnen, we dem Patienten oder dessen Angehörigen darum gebeten Eine gewisse Erleichterung kann immer nach der Op eintreten.

Voss: Es giebt Chirurgen, wie z. B. Bruns, die zur Trepanation rathen bei verzweifelten Fällen, wege subjectiven Erleichterung die man dem Kranken schafft.

Nissen: Auf dem Moskauer Congress wurde n. A. Bergmann betont, dass ein Hirntumor, wenn er nic der motorischen Sphäre liegt, ein noli tangere ist.

Tiling: Bergmann hat damals nur den allzu gro Feuereifer dämmen wollen, der für die Trepanation herrs Man darf nicht rathen zur Operation, jedoch dazu gedrä nicht absagen.

Vermischtes.

— Alle diejenigen Collegen, die für die Zeit des diesjä gen Aerztetages sich mit einer Wohnung noch nicht vers haben, werden gebeten unter Angabe ihrer speciellen A sprüche und Wünsche sich bei Einem der Unterzeichne spätestens bis zum 15. Mai c. zu melden.

Im Namen des Präsidiums:

Dr. M. Treymann, Thronfolgerboulevard Nr. 3.
Dr. G. Engelmann, Thronfolgerboulevard Nr. 21.
Dr. G. Weidenbaum, Thronfolgerboulevard Nr. [illegible]
Dr. W. Vierhuff, Alexander-Strasse Nr. 19.

Riga, April, 1901.

— Der Director des Klinischen Instituts der Grossfü Helene Pawlowna, Prof. Dr. N. Sklifossow ist von diesem Amte zurückgetreten und ist mit den Fu tionen des Directors zeitweilig der Professor der Chir an dem genannten Institut Dr. G. Tiling betraut Prof. Sklifossowski ist, wie verlautet, zum Mitgli des Conseils beim Minister der Volksaufk rung ernannt worden.

— Der Ordinator am hiesigen Kinderhospital des Prinz von Oldenburg, Dr. Richard Peters, hat sich mit Ge nehmigung der Conferenz der Militär-Medicinischen Acade als Privatdocent für Kinderkrankheiten a der genannten Academie habilitirt. — Dr. Peters ist ei ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, an welcher auch 1880 die Doctorwürde erlangte.

— Wie Moskauer Blätter berichten, giebt Professor Dr. Pospelow seine Stellung als Oberarzt am städtisch Mjasnitzki-Hospital in Moskau auf, um sich ausschliessli der Lehrthätigkeit und den Interessen der von ihm geleitet Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten zu widmen.

— In der vor Kurzem hierselbst in's Leben getreten «Gesellschaft zur Fürsorge für Geistes kranke» ist der Leibarzt Dr. G. Hirsch zum Präsiden ten, Dr. M. Nishegorodzew zum Vicepräsidenten un Dr. S. Uspenski zum Secretär gewählt worden.

— Der etatmässige Arzt am Ambulatorium des städtisch St. Wladimir-Kinderhospitals in Moskau, Dr. A. A. Ssoko low, ist zum älteren Arzt der therapeutischen Abtheilung dieses Hospitals ernannt worden.

— Verstorben: 1) Am 9. April in Borowitschi der dortige Landschaftsarzt Dr. Benedict Orlow in hohem Alter. Dem Hingeschiedenen, welcher mehr als 40 Jahre die ärztliche Praxis ausgeübt hat, verdankt unsere «Medicinische Wochenschrift» in ihren früheren Jahrgängen zahlreiche ca suistische Mittheilungen und Berichte über Operationen, die er in dem von ihm geleiteten Landschaftshospital ausgeführt hatte. — 2) Am 14. April in Archangelsk der dortige Arzt Dr. Eduard v. Gebhardt im 34. Lebensjahre. Der Verstorbene stammte aus Estland und hatte seine medicinische Ausbildung an der Universität Jurjew (Dorpat) erhalten. Gerhardt starb am Flecktyphus. — 3) In Temir-Chan-Schura der Militärarzt S. R. Dworezki im Alter von 60 Jahren. Als Arzt ist D. seit 1869 thätig gewesen. — 4) In Tientsin (China) der Chef des Sanitätswesens beim deutschen Expeditionscorps in Ostasien, Oberstabsarzt Professor Dr. Kohlstock im 40. Lebensjahre am Abdominaltyphus. Er war 1898 mit Prof. R. Koch zur Erforschung der Rinderpest in die Capcolonie gereist und galt als eine der ersten Autoritäten auf dem Gebiete der Tropenmedicin. — 5) In Elgersburg (Herzogthum Gotha) der Chefarzt der

[d]ortigen Wasserheil- und Curanstalt. Sanitätsrath Dr. Os-[c]ar Barwinski, bekannt als Verfasser eines trefflichen [C]ompendiums der Hydrotherapie. Er hat sich, veranlasst [d]urch ein unheilbares Leiden, das voraussichtlich ein jahre[l]anges Krankenlager zur Folge gehabt hätte, erschossen.

— In der Gesellschaft russischer Aerzte der Stadt Odessa ist Dr. P. I. Diatropow zum Präsidenten und Dr. I. P. Archarow zum Vicepräsidenten gewählt worden. (Jushnoje Obosrenie. — Wr.)

— Die Stadtduma von Krassnoufimsk (Gouv. Perm) hat den Arzt des örtlichen Landschaftshospitals M. I. Miserow in Anerkennung seiner 20jährigen nutzbringenden ärztlichen Thätigkeit in Krassnoufimsk zum Ehrenbürger der Stadt gewählt. (Ural. — Wr.)

— Die Zahl der Privatheilanstalten in Riga wächst in auffallender Weise. Neuerdings sind nach der «Livl. Gouv.-Ztg.» wiederum nachstehende Concessionen ertheilt worden: 1) dem Arzt Wulf Löwenberg zur Eröffnung einer Privatklinik für Haut- und Geschlechts-Krankheiten in Riga; 2) dem Arzt Alfred Fehrmann zur Eröffnung einer Heilanstalt und eines Asyls für Schwachsinnige und Epileptiker unter dem Namen «Theresia» in Riga in der Goldinger Strasse Nr. 22 und 35; 3) dem Dr. med. Eduard Neuenkirchen zur Eröffnung einer Anstalt für Herstellung von Pockenlymphe in Riga.

— Der dirigirende Arzt der chirurgischen Abtheilung des Augusta-Hospitals in Berlin, Prof. Dr. Fedor Krause, früher Assistent Prof. Volkmann's in Halle, ist zum ausserordentlichen Professor der Chirurgie an der Berliner Universität ernannt worden.

— Prof. Dr. v. Hansemann, Prosector des städtischen Krankenhauses am Friedrichshain und Privatdocent der Berliner Universität, ist als ordentlicher Professor der pathologischen Anatomie an die Universität Leyden berufen worden.

— Prof. Dr. Kümmel in Breslau hat den an ihn ergangenen Ruf als Nachfolger Prof. Kuhn's an der Strassburger Ohrenklinik abgelehnt.

— Prof. Dr. Rumpf, welcher vor Kurzem die Direction der inneren Abtheilung des neuen allgemeinen Krankenhauses aufgab, hat sich als Privatdocent für innere Medicin an der Universität Bonn habilitirt.

— An der Wiener Universität soll eine dritte chirurgische Klinik errichtet werden, als deren Leiter der ordentliche Titularprofessor Dr. Hochenegg, ein Schüler Prof. Albert's, anzusehen ist.

(Allg. med. C.-Ztg.)

— Den «Nowosti Dnja» zufolge ist der Personaletat des hiesigen weiblichen medicinischen Instituts durch 13 Assistenten, 6 Prosectoren und 14 Laboranten ergänzt worden. (Wr.)

— Gegenwärtig ist der Bau und die innere Einrichtung des Asyls für unheilbare Kranke aller Stände, welches auf dem Jungfernfelde in Moskau mit dem vom verstorbenen Moskauer Metropoliten Sergius gespendeten Capital aufgeführt worden ist, beendigt. Das zweistöckige Gebäude ist auf 100 Personen beiderlei Geschlechts berechnet. In einem dreistöckigen steinernen Flügel befinden sich die Wohnungen des Asylaufsehers, des ärztlichen Personals, sowie der Dienstboten. Sämmtliche Räume werden elektrisch beleuchtet. Die Baukosten haben gegen 300,000 Rbl. betragen.

— Wie der «Jeshenedelnik» erfährt, beabsichtigen die Professoren Djakonow, Lewschin (Moskau), Rasumowski (Kasan) und Subbotin (St. Petersburg) ein Werk unter dem Titel «Russische Chirurgie» herauszugeben, das in 6 Bänden die gesammte Chirurgie umfassen soll.

— Pestnachrichten. Nach einer telegraphischen Meldung aus Capstadt vom 16. (29.) April sind dort in den letzten 48 Stunden 16 Personen (darunter 8 Europäer) an der Pest erkrankt. Bis jetzt kamen im Ganzen 519 Pesterkrankungen vor, darunter 217 mit tödlichem Ausgange.

— Die italienische Kammer hat ein Gesetz gegen die Malaria angenommen, nach welchem den Landarbeitern das nöthige Chinin durch die Gemeindebehörden unentgeltlich verabfolgt werden muss auf Kosten der Grundeigenthümer oder bei öffentlichen Arbeiten auf Kosten des Staates. Unterlassung wird mit Strafen von 100—1000 Lire geahndet. Ausserdem müssen in den Malariagegenden die Behausungen der Zollwächter, sowie des Landstrassen- und Eisenbahn-Personals durch metallene Netze gegen das Eindringen von Stechmücken geschützt werden. Für Einrichtung solcher Schutzvorrichtungen seitens der Grundeigenthümer zum Besten der Arbeiter und Bauern werden Belohnungen bis zu 1000 Lire ertheilt. Merkwürdiger Weise ist der bekannte Kliniker Prof. Bacelli, ein Gegner der Grassi'schen Moskitotheorie der Malaria, als Opponent gegen das Gesetz aufgetreten.

— Als ein sicheres Mittel gegen Moskitostiche empfiehlt Prof. Voges, Director des bacteriologischen Staatslaboratoriums zu Buenos-Aires und früherer Assistent Prof. R. Koch's, Einreibungen von Naftalan in die Haut. Es soll in kurzer Zeit der Schmerz, den die Stiche verursachen, aufhören und eine schnelle Abnahme der Schwellungen erfolgen. Da nach den Forschungsergebnissen von Koch, Grassi und Ross die Moskitos eine wesentliche Rolle bei Uebertragung der Malaria zu spielen scheinen, so empfiehlt sich auch prophylactisch Naftalan in die unbekleideten Theile der Haut (Gesicht, Hals, Hände) einzureiben.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 7. April d. J. 8148 (194 mehr als in d. Vorw.), darunter 329 Typhus — (12 wen.), 750 Syphilis — (23 wen.), 326 Scharlach — (4 wen.), 114 Diphtherie — (2 mehr), 45 Masern — (9 mehr) und 33 Pockenkranke — (2 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 1. bis zum 7. April 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
393	339	732	161	68	112	12	12	28	57	50	56	57	54	48	16	1

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 13, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 16, Scharlach 13, Diphtherie 37, Croup 1, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 25, Erysipelas 4, Grippe 8, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 93, Tuberculose anderer Organe 21, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 27, Marasmus senilis 36, Krankheiten der Verdauungsorgane 58, Todtgeborene 36.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 24. April 1901.

Tagesordnung: 1) Dobbert: Therapie der unterbrochenen Extrauterinschwangerschaft.

2) Fuhrmann: Ein Fall von Bradycardie.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 7. Mai 1901

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger und Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau L. A. Bogoslawskaja, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.

Берта Федоровна Панова, Спасская ул. д. 24, кв. 7.

Bad Homburg v. d. Höhe

im Taunus, 26 Minuten von Frankfurt a. M.
Sieben Mineralquellen. Zwei Eisenquellen. Luftkurort ersten Ranges. Gut eingerichtete Badehäuser mit natürlich., kohlensäurereichen, eisenhaltigen Kochsalzbädern, Fichtennadel- und Moorbädern, Soolsprudelbädern, elektr. Lichtbädern, Inhalatorium. Winterkur. Sämmtliche Räume des Kurhauses auch im Winter geöffnet. Wohnungen bei grossem Comfort den modernen hygienischen Anforderungen entsprechend.
Mineralwasser-Versand während des ganzen Jahres.
═ Broschüre und Prospecte durch die Kur- und Badeverwaltung. ═
(45) 6—2.

KNOLL & Co, Chem. Fabrik
Ludwigshafen a. Rh.

TANNALBIN (Knoll)

Erprobtes Darmadstringens und -Stypticum.
Geschmacklos, unschädlich, stört den Appetit nicht.
Ind.: Diarrhöen aller Art, besonders der Kinder, auch in tuberculösen Fällen wirksam.

CODEIN (Knoll)

Sedativum, keine Gewöhnung.
Altbewährt bei Husten, sehr wirksam bei Neurasthenie. Unentbehrlich für Phthisiker.

FERROPYRNI (Knoll)

Antipyrin-Eisenchlorid ohne Aetzwirkung bei Genitalblutungen.
Haemostaticum, bei Nasen-, Magen- und bes. bei Genitalblutungen, bei Lungenblutungen in Form von Inhalationen.

Dionin

Ersatz für Codein und Morphin, besonders bei Erkrankungen der Respirationsorgane.

Largin

höchstprocentige Silbereiweiss-Verbindung, ausgezeichnet für die Gonorrhoe-, Wund- und Augentherapie.

Jodipin

bewährter Ersatz für Jodkalium. Specificum bei tertiärer Lues; bewährt bei Asthma, Emphysem u. Skrofulose.

Stypticin

bewährtes Hämostaticum vorzügl. Mittel in der gynaekolog. und zahnärztlichen Praxis.

Tannoform

ausgezeichnetes Adstringens- und Antidiarrhoicum.

Bromipin

neues Sedativum, insbesondere gegen nervöse Zustände und Epilepsie zu empfehlen.

Diphtherieheilserum

staatlich geprüft, 500-fach und 1000-fach normal.
Die reichhaltige Literatur gratis und franko.



chemische Fabrik — Darmstadt.

Dr. Römpler's Sanatorium für Lungenkranke

Gerbersdorf in Schlesien.
Sommer- und Winterkur.
(55) 6—3.

Organisches Eisen-Mangan-Albuminat Hertel
(HAEMATOGEN).

Ein eisenreiches Blutpräparat, welches das Eisen in organischer Verbindung enthält, bestes Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene, erregt leicht den Appetit und befördert die Verdauung. Haematogen Hertel ist verkäuflich in der Apotheke in flüssiger und trockener Form, jedoch ist das flüssige Präparat, weil leichter vom Organismus aufgenommen, dem trockenen vorzuziehen.
Vor Nachahmung wird gewarnt.
(115) 3—3.

КАРЛСБАДЪ

и его целебное значеніе
составилъ **Ф. Ф. Затлоукалъ**, докторъ медицины, практикующій на Карлсбадскихъ минеральныхъ водахъ.
Цѣна 1 р. 50 к. Для гг. врачей обращающихъ прямо автору безплатно.
Адрессъ: Dr. Zatloukal. Karlsbad, Mühlbrunnstrasse, въ домѣ Böhm Krone возлѣ Мюльбрунна. (70) 5—1.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Ольга Свѣтлова, Сергіевск. д. 17, кв. 19
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Eine der Bedingungen einer erfolgreichen Anstaltsbehandlung besteht in dem strengen Einhalten aller Vorschriften und ist das gerade ein Moment, welches eigentlich nur in einem Sanatorium consequent durchführbar ist [22]). Eine Kur setzt sich stets aus zwei Componenten zusammen, erstens aus der Verordnung des Arztes, zweitens aber aus der Willfährigkeit des Patienten, diese ist die conditio sine qua non, um erstere in Ausführung zu bringen. Das Krankheitsgefühl der meisten zur Behandlung kommenden Phthisiker des Frühstadiums (und von solchen dürfte ja nur in einer Heilanstalt die Rede sein) ist ein wenig ausgesprochenes und wird mit fortschreitender Besserung natürlich noch geringer. Die Folge ist dass er leicht geneigt ist, Unvorsichtigkeiten zu begehen, wenn er sich nicht einer strengen Controle unterworfen fühlt, welche seine Willensäusserungen regelt. Disciplin und damit eine gewisse Regelmässigkeit und Ruhe im äusseren Leben der Kranken zu schaffen, ist zwar keineswegs eine leichte aber immerhin doch meist durchführbare Aufgabe. Doch ist dadurch noch nicht immer eine Ruhe und Regelmässigkeit auch im inneren Leben des Patienten erreicht. Abgesehen von irgend welchen Sorgen und Kummer, die durch rein private Verhältnisse bedingt sein mögen und deren Fernhaltung natürlich nicht zu den Befugnissen einer Sanatoriumsbehandlung gehören kann, ist es doch ein Moment, dem Beachtung geschenkt werden muss. Durch die lange oft über Monate ausgedehnte Kur und das geringe Krankheitsgefühl bedingt tritt in kurzem beim Patienten das Bedürfniss nach Bethätigung auf, wird diesem nicht Rechnung getragen so stellt sich bald genug die Langeweile ein und eine unausbleibliche Folge ist dann die Unzufriedenheit. Jede aufkeimende Anerkennung geschweige denn Dankbarkeit wird unterdrückt, der Kranke ist weit davon entfernt, die Anstaltsbehandlung als einen Act practischer Fürsorge aufzufassen, sie droht für ihn nur in eine Quelle von unbegrenzten Ansprüchen auszuarten, damit ist aber weder dem Patienten noch dem Sanatorium gedient [23]). Der Aufenthalt in der Anstalt muss dem Kranken ja meist auf lange Zeit die Heimath ersetzen, was ist da natürlicher als dass er dabei auf vieles verzichten muss, was ihm sonst das Leben angenehm gestaltete, nach Möglichkeit muss versucht werden, ihm einen Ersatz zu schaffen, damit er sich wohl und glücklich fühlt. Es erscheint daher dringend geboten, den Kranken auch Unterhaltung und Zerstreuung zu bieten, damit sie nicht zu viel Gelegenheit haben trüben Gedanken über ihren Zustand nachzuhängen oder untereinander «Bacillen-Gespräche» zu führen, die zu mancher irrigen Auffassung über Wesen und Art ihrer Erkrankung führen. Soweit die Verhältnisse es zuliessen haben wir versucht ab und zu (so zum Weihnachtsfest, Sylvesterabend etc.) einige Unterhaltungen zu arrangieren. Von Bedeutung sind populär gehaltene Vorträge oder Vorlesungen über medicinische Themata, um so die Kranken aufzuklären über die Art und Behandlung ihrer Krankheit, damit sie auch für späterhin eine Richtschnur für ihre Lebensweise haben [24]) Ein Kurerfolg hängt zum grössten Theil eben auch von dem späteren Verhalten des Patienten ab, wird nach Austritt keine Vorsicht und Einhaltung der im Sanatorium erlernten Regeln beobachtet, so ist dauernder Effect nicht zu erwarten.

[22]) Die Hausordnung lasse ich im Anhang folgen.

[23]) Cf. Weicker: Mittheilungen aus Dr. Weickers Krankenheim, Görbersdorf in Schlesien 1897.

[24]) Da neben der medicinischen Thätigkeit die Erledigung der Verwaltungsgeschäfte, Neueinrichtungen, Correspondenzen etc. viel Zeit in Anspruch nehmen, so war es einem Arzt allein nur in sehr beschränktem Masse möglich durch Vorlesung etc. ab und zu eine Anregung zu bieten.

Zur Fernhaltung von Schädlichkeiten gehört auch eine streng durchgeführte Prophylaxe, sie muss dem Kranken gewissermassen zur zweiten Natur werden, nicht nur in seinem eignen sondern auch im Interesse seiner Umgebung. Wird in dieser Beziehung eine eiserne Disciplin eingehalten, so besteht auch keine Gefahr, es darf also die Furcht vor Ansteckung nicht übertrieben werden. Es liegt in der Natur der Sache, dass in einer Specialheilanstalt alle Einrichtungen darauf hinarbeiten, eine Vernichtung der Krankheitskeime zu erstreben. Daher ist die Gefahr, durch Inhalation von Tuberkelbacillen inficiert zu werden, nirgends so gering als in einer Heilanstalt für Lungentuberkulose, respective deren Umgebung [25]). Zur Unterbringung des Sputums sind die Dettweiler'schen Taschenspeifläschchen obligatorisch nachdem vorübergehend das Andreasberger Muster mit Schraubdeckel benutzt worden war, doch hat sich uns dasselbe gar nicht bewährt. Ausserdem sind auf Corridoren und in den allgemeinen Aufenthaltsräumen Spucknäpfe in Brusthöhe angebracht, dieselben sind leicht sterilisirbar, bequem und entsprechen ihrem Zweck am besten, unter anderem auch weil sie das Verspritzen von Keimen vermeiden lassen. In den Krankenzimmern stehen noch cylindrische Gefässe aus emailliertem Eisenblech zur Disposition, dieselben sind sehr handlich und werden besonders von bettlägerigen Kranken gern benutzt. Um einer Austrocknung des Auswurfs vorzubeugen werden die Speinäpfe mit Pix liquida gefüllt. Morgens und Abends findet eine Sterilisation aller Speinäpfe statt durch einstündiges Kochen in ad hoc eingerichteten Kochapparaten. Fraglos besteht ja die idealste und radicalste Methode der Unschädlichmachung des Auswurfs in einer Verbrennung desselben. In der Heilanstalt Alland sah ich besondere Papiermaché-Spukschalen verwandt, nach Benutzung werden sie sammt Inhalt dem Feuer überliefert, doch dürften dieselben des hohen Kostenpunkts wegen bei uns schwerlich Eingang finden. Die Krankenzimmer werden nach Weggang eines jeden Patienten durch den Lingner'schen Glykoformalapparat desinficiert, worauf noch eine gründliche Abwaschung des ganzen Raumes sowie des Mobiliars mit Sapo kalinus und darauf mit Sublimatlösung (1:1000) erfolgt. Allerdings besitzt das Glykoformal einen sehr unangenehmen stechenden Geruch, so dass die desinficirten Zimmer für einige Zeit nicht zu benutzen sind erst nach Waschen mit Soda und Ammoniumcarbonat sowie durch beständige Lüftung verliert sich der Geruch. Die Wäsche für welche ein jeder Patient zwei specielle Säcke zur Verfügung bekommt wird unter Verschluss in die Waschanstalt geschafft, dort wird die Keimfreiheit durch halbstündiges Kochen in Schmierseifelösung erzielt.

Bezüglich der medicamentösen Therapie schliesslich ist es ja bekannt dass dieselbe in einer Heilanstalt für Lungenkranke von untergeordneter Bedeutung, denn «Echte Specifica gegen die Tuberkulose gibt es bis jetzt nicht» [26]). Gleichwohl kann ein pharmakonihilistischer Standpunkt nicht eingenommen werden zumal bei einem Krankenmaterial das wie das unsrige im Anfang in der überwiegenden Mehrheit schwerere Fälle enthielt, in letzterer Zeit hat sich das erfreulicher Weise gebessert. Zur Linderung der zahllosen Beschwerden und Hebung des Allgemeinzustandes ist da eine symptomatische Behandlung nothwendig. Auch bei initialen Fällen ist manchmal eine Unterstützung durch Medicamente wie Arsenik, Eisen, Nährpräparate etc. etc. wünschenswerth, natürlich aber — «primum non nocere».

[25]) Von Weismayer: Die Furcht vor Heilanstalten für Tuberkulose, Wiener klin. Wochenschrift Nr. 23, 1897.

[26]) Kobert: Ueber die medicamentöse Behandlung der Tuberkulose. Congress zur Behandlung der Tuberkulose. Berlin 1899.

Abgesehen von den allgemein üblichen Mitteln haben wir aber wo diese versagten oder eine Contraindication bestand auch Versuche gemacht mit einigen neueren besonders empfohlenen Medicamenten, um die Erfahrungen über dieselben zu erweitern, soweit von solchen bei der Kleinheit unseres Materials die Rede sein kann. Es waren das vorzugsweise Dionin, Pyramidon, Duotal, Guajacol und Kreosotvasogen.

Dionin-Salzsaures Aethylmorphin. Es hat sich uns als ein den Hustenreiz milderndes Mittel gut bewährt, irgendwelche störende Nebenwirkungen wurden nicht beobachtet, ich möchte hier besonders einen Fall herausgreifen. Phtisica des II Stadiums mit Bronchitis: Quälender sehr starker Reizhusten, Würgen und Erbrechen, Nachtruhe sehr gestört, Neigung zu Obstipation. Codein 0,03 bleibt ohne Wirkung, Morphin 0,003 ruft Uebelkeit hervor und verursacht Obstipation, wird daher refüsirt. Darauf Morgens und Abends 0,02, Abends 0,03 Dionin. Wirkung: Husten bedeutend gemildert daher mehrstündiger ruhiger Schlaf, Expectoration scheint vermehrt, Verdauung gut, keinerlei üble Nebenwirkung. Nach mehrwöchentlicher Besserung wird das Dionin ausgesetzt, um bei Eintritt von Beschwerden wieder in Anwendung gebracht zu werden.

Pyramidon-Dimethylamidoantipyrin ist als Fieber erniedrigendes Mittel in Anwendung gebracht worden. Da durch das Fieber oft das Gesammtbefinden in empfindlicher Weise leidet und die Bettruhe in hartnäckigen Fällen allein nicht genügt um eine Herabsetzung zu erzielen, so musste es wünschenswerth erscheinen medicamentös einzuschreiten um den Patienten eine Erleichterung zu schaffen. Wir gaben das Pyramidon in Dosen von 0,25—0,3; in einem Spitzglas Wasser gelöst wurde es vor dem Fieberanstieg langsam schluckweise getrunken. Die von Kobert hervorgehobenen Vorzüge vor anderen Antipyreticis lassen die Anwendung in der Phthiseotherapie besonders geeignet erscheinen. Die Wirkung des Pyramidon auf das Herz, welches bei Phthisikern ja meist schwach, ist im Gegensatz zu anderen Antipyreticis eher eine günstige als eine ungünstige zu nennen, wobei aber doch die antipyretische Kraft genügt und die Fieberherabsetzung bei allmählichem Eintritt länger andauert. Ueble Nebenerscheinungen haben wir nicht gesehen, in 2 Fällen trat eine geringe Schweissabsonderung ein, ohne dass die Einnahme darum ausgesetzt zu werden brauchte. Bei hoch febrilen Körpertemperaturen scheint es dieselben wohl herabzusetzen jedoch nicht vollkommen zu bannen.

Duotal-Guajacolum carbonicum purissimum wurde bei solchen Patienten gegeben, bei denen in Folge von Appetitmangel keine Zunahme des Körpergewichts stattfand. Wir verabreichten pro dosi 0,5 3 mal täglich nach dem Essen, allmählich wurde dann bis auf 1,5 pro dosi gesteigert. Meist war auch eine Appetit anregende Wirkung zu constatiren, in einigen Fällen jedoch sahen wir keinen Erfolg. Husten und Auswurf schienen durch den Gebrauch nicht beeinflusst.

Guajacol- und Kreosotvasogen (20 pCt.) sind zu Einreibungen verwandt worden, wo auf eine innere Medication von Kreosotpräparaten verzichtet werden musste. Alle 2 Tage bis zu $^1/_2$ Theelöffel eingerieben. Die genannten Vasogene dringen gut in die Haut ein und werden vom Organismus resorbirt, wie das Vorhandensein von Phenolen im Harn beweist. Irgendwelche Reizerscheinungen wurden nicht beobachtet. In einigen Fällen scheint Kreosotvasogen das Fieber herabzusetzen.

Was den Verlauf der Krankheit in der Anstalt anbetrifft, so ist es erfreulich zu beobachten wie bei den zur Sanatoriumbehandlung geeigneten Fällen die subjectiven Beschwerden und das Krankheitsgefühl verhältnissmässig bald schwinden, während wie schon bemerkt local eine Veränderung des Lungenbefundes erst langsam eintritt. Eine Entfieberung trat wie aus der oben angegebenen Tabelle ersichtlich in 52,3 pCt. ein, ein Resultat welches, wenn wir dasselbe mit dem einiger anderer Heilanstalten vergleichen als günstig zu bezeichnen ist.

Es wurde Entfieberung erreicht[27]:

in Hohenhonnef (1897)	in 37,2 pCt.
„ Reiboldsgrün (1899)	„ 50,0 „
„ Pitkäjärvi (1900)	„ 52,4 „
„ Davos nach Volland	„ 62,8 „
„ Davos nach Turban	„ 64,9 „

Die 33,3 pCt. bei welchen die Entfieberung nicht erzielt wurde waren fast ausschliesslich schwere Fälle, bei denen die Prognosis nicht nur quoad valetudinem sondern auch quoad vitam pessima.

Die Nachtschweisse, welche ja meist mit dem Fieber in ursächlichem Zusammenhange, verschwanden meist nach kurzer Zeit ohne jegliche Therapie, wo nicht verloren sie sich nach Gebrauch von Alcohol oder besonders prompt nach Fol. Salviae, Abreibungen mit Essigwasser wurden nur zwei mal, Agaricin nur einmal verordnet, während Atropin keinmal benutzt zu werden brauchte.

Beim Eintritt durch die mikroscopische Untersuchung des Sputums nachgewiesener Bacillenbefund war in 22,2 pCt. (cf. Tabelle) beim Austritt negativ. — Als auffallend ist der Umstand hervorzuheben, dass auch im Berichtsjahr, wie im Vorjahr[28]) keine einzige Haemoptoe beobachtet worden ist, abgesehen natürlich von kleinen Blutbeimengungen wie sie wohl fast bei jedem Phthisiker ab und zu sich im Auswurf vorfinden, zu erwähnen ist, dass dabei bei 55,7 pCt. (Vorjahr 29,5 pCt.) in der Anamnese Haemoptoen angegeben waren, in 8,2 pCt. waren die Blutmengen recht reichliche gewesen. Zieht man in Betracht, dass Gabrilowitsch[29]) bei einem Patientenmaterial von 380 in Halila auch nur in 1,0 pCt. wirkliche Haemoptoen (in 55 pCt. ein- oder mehrmalige sogenannte capilläre Blutungen) beobachtete, so gewinnt, falls die Constanz dieser Ziffern hier und dort sich auch im Laufe der Jahre bestätigen sollte, dieser Umstand vielleicht eine Bedeutung bei Beurtheilung der klimatischen Verhältnisse des Tieflandes.

Fürs Erste lassen sich bei dem kleinen Material natürlich keinerlei bestimmte Schlüsse ziehen. Zum Vergleiche sei noch Gerhardt's[29]) Mittheilung angeführt, welcher bei 879 Phthisikern seiner Klinik in 10 pCt. Blutungen sah, wo die entleerte Blutmenge mehr als 100 Ccm. betrug. Turban[30]) (Davos) fand in 9,8 pCt. (bei 408 Patienten) Hämoptoen, ohne dass aber die Blutungen genauer angegeben wurden; Volland[31]) (Davos) giebt in 6,5 pCt. seiner Fälle Blutungen an.

Bis zu einem gewissen Grade dient auch die Zunahme des Körpergewichts als Kriterium einer erzielten Besserung im Verlaufe der Anstaltskur. Eine planmässige Uebernährung hat, wie gesagt, bei uns nicht stattgefunden, denn es kommt eben hauptsächlich darauf an, dass bei Hebung des Stoffwechsels und geeigneter Blutversorgung der Lungen eine Zunahme der Musculatur erreicht wird, denn ohne diese hat eine blosse Vermehrung des Körperfettes wenig Werth, da diese auch eine erhöhte Herzaction voraussetzt, welche beim Phthisiker ohnehin meist schwach. — Die gesammte Gewichtszunahme betrug bei 63 Patienten in 4981 Verpflegungstagen 386,5 russische Pfund, also in durchschnittlich 79 Kurtagen für den Einzelnen 6,135

[27]) Wolff-Immermann: Jahresbericht der Heilanstalt Reiboldsgrün 1899.

[28]) cf. I. Bericht über die Thätigkeit des Evangelischen Sanatoriums.

[29]) Ueber Lungenblutungen bei der chronischen Lungenschwindsucht. Berl. klin. Wochenschrift 1899, Nr. 1.

Pfund. Die höchste Zunahme betrug 22,25 Pfund in 58 Tagen; die bedeutendste Abnahme $6^1/_2$ Pfund in 270 Tagen.

	Berichtsjahr.	Vorjahr.
Es hatten zugenommen .	46 = 73,0 pCt.	26 = 59,1 pCt.
„ „ abgenommen .	4 = 6,4 „	7 = 15,9 „
Gleichgeblieben waren .	4 = 6,4 „	9 = 20,5 „
Das Gewicht konnte nicht bestimmt werden bei .	9 = 14,2 „	2 = 4,5 „

Ueber die Gewichtsverhältnisse orientirt folgende Tabelle:

Gewichtsverhältnisse.	Berichtsjahr.		Vorjahr.	
Nach russ. Pfunden.	Zunahme.	Abnahme.	Zunahme.	Abnahme.
Bis zu 1 ℔	1 mal	-	1 mal	—
» » 2 »	6 »	—	2 »	1 mal
» » 3 »	3 »	3 mal	2 »	1 »
» » 4 »	2 »	—	—	1 »
» » 5 »	6 »	—	3 »	1 »
» » 6 »	2 »	—	—	—
» » 7 »	2 »	1 »	1 »	—
» » 8 »	1 »	—	4 »	—
» » 9 »	4 »	—	3 »	—
» » 10 »	3 »	—	2 »	1 »
» » 11 »	3 »	—	—	—
» » 12 »	1 »	—	—	1 »
» » 13 »	—	—	—	—
» » 14 »	1 »	—	—	—
» » 15 »	4 »	—	1 »	—
» » 16 »	2 »	—	1 »	—
» » 17 »	3 »	—	—	—
» » 11 »	1 »	—	1 »	—
» » 19 »	—	—	2 »	—
» » 20 »	—	—	—	—
» » 21 »	—	—	—	—
» » 22 »	—	—	2 »	—
» » 23 »		—	—	—
» » 30 »	—	—	1 »	1 »

Die 40 Fälle, bei welchen die Anstaltsbehandlung einen positiven Erfolg ergab, hatten bei einer durchschnittlichen Kurdauer von 91 Tagen eine Zunahme des Körpergewichts um 8,5 Pfund für den Einzelnen aufzuweisen.

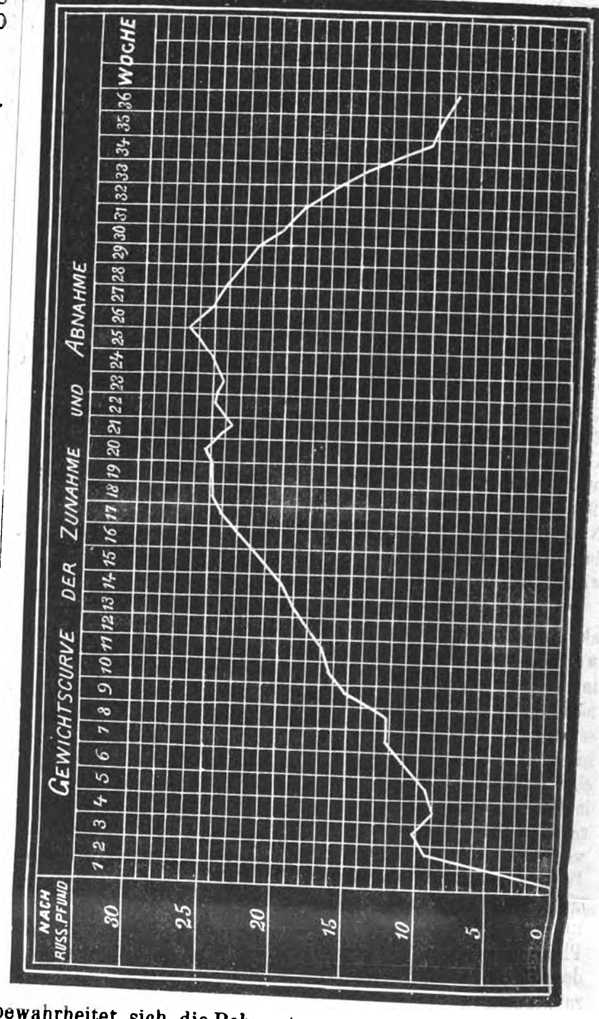
Zusammenstellung mit den Gewichtszunahmen einiger ähnlichen Anstalten:

Es wurden erreicht:

in 81 Kurtagen in	Bad Rehburg	7,8 Pfund,
„ 70 „ „	Malchow	8,0 „
„ 70 „ „	Blankenfelde	8,0 „
„ 91 „ „	Pitkäjärvi	8,5 „

Die Wägungen fanden jede Woche an dem zu Anfang dem Patienten festgesetzten Untersuchungstage statt. Meist ist eine ganz bestimmte Regelmässigkeit bei der Zunahme des Körpergewichtes zu beobachten. Die bedeutendsten Zunahmen finden natürlich in der ersten Zeit nach dem Eintritt statt, weiter im Verlauf des Aufenthaltes werden sie immer geringer, bis schliesslich ein Normalgewicht erreicht, dieses bleibt dann mit einzelnen Schwankungen meist bis zum Austritt bestehen. Anders stellt sich die Gewichtscurve bei den zur Behandlung ungeeigneten Fällen, auch diese nehmen zwar in der ersten Zeit bedeutend zu, um dann ihre erzielte Gewichtszunahme wieder allmählich, oft auch mit Schwankungen zu verlieren. Beifolgend gebe ich die Gewichtscurve einer solchen Patientin, welche es bis zu $26^1/_2$ Pfund Zunahme gebracht hatte.

Besteht fortdauerndes Fieber, so stellen sich die Gewichtsverhältnisse meist schon sehr bald ungünstig und



bewahrheitet sich die Behauptung von Weismayr's[32]): „Somit kann man jede Fiebercurve auch thatsächlich als umgekehrte Gewichtscurve ansehen. Nur die Höhe des Fiebers scheint geringeren Einfluss zu haben; es handelt sich vielmehr bloss darum, ob die Temperatur erhöht ist oder nicht."

Fassen wir nun nochmals kurz die Ergebnisse an den im Berichtsjahre verpflegten Kranken, deren Eintheilung nach Turban-Weicker'schem Princip erfolgte, so ergiebt sich, dass das Resultat

positiv	war in 40 Fällen	= 63,5 pCt.
fraglich	„ „ 6 „	= 9,5 „
negativ	„ „ 11 „	= 17,5 „

In 6 Fällen = 9,5 pCt. war die Kurdauer zu kurz, um eine Beurtheilung zu ermöglichen.

Das negative Resultat in 11 Fällen fand seine Erklärung durch folgende Momente.

1) Sehr schwere Erkrankung der Lunge und schwere tuberculöse Affection anderer Organe, — eine Besserung erschien in diesen Fällen von vornherein ausgeschlossen.

2) Intercurrente Erkrankungen während der Kur nach sonstiger Besserung.

3) Schwere Complicationen nicht tuberculöser Natur.

Oft bestand auch eine Combination der angeführten Umstände. Die trotzdem in einzelnen Fällen erreichte Gewichtszunahme (z. B. 52, 80, 88) oder Besserung im subjectiven Befinden konnte bei der Beurtheilung nicht berücksichtigt werden.

29) Berliner Klinische Wochenschrift 1899, Nr. 21.

30) Beiträge zur Kenntniss der Lungentuberkulose. Wiesbaden 1899.

31) Berliner Klinische Wochenschrift 1899, Nr. 1.

32) Wiener Klinische Rundschau 1899, Nr. 11.

Die Beurtheilung der Erfolge[33]) unserer Anstaltsbehandlung können bei dem kurzen Bestehen des Sanatoriums bloss einen bedingten Werth beanspruchen, insofern als sie sich auf den Zeitpunkt der Entlassung oder doch auf einen von demselben nicht sehr entfernten beziehen, daher kann erst die Zukunft entscheiden, ob die Besserung eine dauernde war. Jedenfalls ist unsere Heilanstalt den Forderungen, welche an dieselbe gestellt werden durften, gerecht geworden, denn bei einem Patientenmaterial, welches, wie das unsere, zum weitaus grössten Theil geringe Aussicht auf Erfolg darbot, eröffnet ein Resultat von 63,5 pCt. deutliche Besserung (resp. 70,0 pCt.) für die Zukunft eine erfreuliche Perspective. Es kann daher der Hoffnung Raum gegeben werden, dass wir bei passender Einweisung der Fälle nach Ablauf der Jahre auch von erreichten Heilungen oder doch andauernden Besserungen werden berichten können. Unerlässlich ist es zu einer richtigen Würdigung dem weiteren Schicksal der Entlassenen zu folgen. Dass es oft schwer sein wird, verlässliche Daten zu erhalten, verhehlen wir uns nicht, viele diesbezügliche Anfragen bleiben unbeantwortet, viele enthalten ungenügende Angaben. Es sei daher an alle Collegen, welche unsere Patienten späterhin eventuell in Behandlung haben, die Bitte gerichtet, uns freundlichst durch Auskunft über den Gesundheitszustand derselben unterstützen zu wollen.

Von einem Theil der im Vorjahr behandelten Kranken ist es gelungen, eine ärztliche Begutachtung ihres jetzigen Zustandes zu erhalten und gebe ich die Nachrichten unter Bezugnahme auf den vorjährigen Bericht in Folgendem wieder.

Stadium.	№	Geschlecht und Alter:	Art der Erkrankung:	Kurtage.	Gewichtszunahme.	Resultat in d. Anstalt.	Aerztliche Begutachtung bezw. Tod:
I	1 (9)	Herr N. 22 J.	R. Spitze gedämpft bis II Rp.	26	+8½	p.	Besserung stetig fortgeschritten.
	2 (10)	Herr N. 22 J.	L. Infiltrat bis II Rp. u. Sp. scad.	61	+15¼	p.	Besserung. Heirath.
	3 (24)	Herr N. 30 J.	R. Spitze krank. Kleinbl. cons. Rasseln L Spitze tiefstehend Giemen.	60	+9¾	p.	Vollkommen arbeitsfähig.
	4 (30)	Herr N. 16½ J.	R. Lunge krank. Beiderseits starke Bronchitis. Labile Vasomotoren.	36	+7¼	p.	Vollkommen gesund.
	8 (17)	Frl. N. 20 J.	L. Lunge krank. Bronchitis. Laryngitis simpl.	132	+29½	p.	Gesund.
	9 (27)	Herr N. 39 J.	R. Lunge krank. Pleuritis sicca dext. Gonitis tub. incip. Diarrhoe.	29	+2¾	n.	Gesund.
II	20 (16)	Herr N. 16 J.	Beide Lungen krank. L. Caverne.	77	+8	p.	Arbeitsfähig.
	21 (20)	Herr N. 20 J.	Beide Spitzen krank. Anaemie. Schlechter Esser. Obstipation.	123	+5	p.	Arbeitsfähig.
	22 (21)	Knabe N. 6 J.	Beide Lungen krank. Anaemie. Lymphaden. mesent. Colitis chron.	25	—	n.	Soll in der Krim ganz gesund geworden sein.
	24 (36)	Herr N. 19 J.	R. Lunge krank. Caverne. Laryngitis simpl.	92	+17¾	p.	Arbeitsfähig. Befindet sich in Davos.
	25 (44)	Frl. N. 19 J.	L. Lunge krank. Anaemie. Obstipation. Bronchitis.	88	—	n.	†
III	34 (22)	Herr N. 35 J.	Beide Lungen schwer krank. L. Caverne.	79	+18¾	p.	†
	35 (23)	Herr N. 36 J.	Beide Lungen krank.	40	+7	p.	†
	37 (34)	Frl. N. 14 J.	L. Lunge krank. R. O. etwas verkürzter Schall.	61	+2¼	p.	Lungen gesund.
	40 (39)	Frl. N. 26 J.	Beide Lungen krank. R. Caverne.	61	+8	p.	†
	42 (41)	Herr N. 23 J.	R. schwere Erkrankung Caverne. L. leichtkrank. Obstipation.	120	+18¾	p.	Arbeitsfähig.

(Schluss folgt).

[33]) Bei den in den Tabellen mit einem ? versehenen Patienten könnte es erscheinen, dass bei der Charakteristik des therapeutischen Erfolges zu streng verfahren sei; es sind das jedoch Fälle, bei welchen zwar in der Anstalt eine Besserung erzielt wurde die Fortdauer derselben aber durch hinzugetretene Complicationen oder Zwischenfälle zweifelhaft erschien.



Bücheranzeigen und Besprechungen.

Die Behandlung der tabischen Ataxie von H. S. Frenkel. (Leipzig 1900, F. C. W. Vogel).

Der Begründer der compensatorischen Uebungstherapie hat in diesem Buche zum ersten Male seine reichen Erfahrungen zusammengefasst. Das Wesen der mechanischen Behandlung der Ataxie ist bekannt genug und erfordert kein genaueres Eingehen mehr; je mehr der Arzt individualisirt (also keine unnützen Apparate!), um so bessere Resultate wird er erzielen. Von noch grösserem Interesse als die Schilderung der auf's sorgfältigste ausgearbeiteten Methodik (specieller Theil), ist der erste Abschnitt des Buch's, der allgemeine Theil.

Atactisch nennt Fr. eine Bewegung, die anders verläuft als die normale zur Erreichung des gleichen Zweck's. Eine atactische Bewegung ist unzweckmässig, weil sie Zeit und Kraft vergeudet. Als absolut zweckmässig darf die eingeübte Bewegung eines gesunden Menschen bezeichnet werden, sie dient zur vergleichenden Beurtheilung der pathologischen. Die Gehstörung braucht nicht der Coordinationsstörung proportional zu sein, ebensowenig ist sie stets proportional der Ataxie in der Ruhelage. Augenschluss lässt die tabische Ataxie immer deutlicher hervortreten.

In sehr richtiger und berücksichtigenswerther Weise betont Fr. die Untersuchung der Sensibilität, deren Störungen bei der Tabes kaum je fehlen, aber nicht leicht nachweisbar sind, da es sich meist um Herabsetzung, selten um Aufgehobensein der Qualitäten handelt. Ataxie ist folglich immer mit Sensibilitätsstörungen verbunden. (Haut, Gelenke, Muskeln, Sehnen). Einen Hauptfactor bei den tabischen Störungen bildet die Hypotonie, eine übermässige Erschlaffung der Muskeln, die eine pathologische Ueberbeweglichkeit in den Gelenken bewirkt und dadurch die Exactheit der Bewegungen bedeutend erschwert.

Das Frenkelsche Buch sollte von allen Nervenspecialisten nicht nur gelesen sondern auch berücksichtigt werden, dann würden vielleicht etwas weniger unglückliche Tabiker gehängt und gebrannt werden.

Voss.

Ph. Stöhr: Lehrbuch der Histologie und der mikroscopischen Anatomie des Menschen mit Einschluss der mikroscopischen Technik. Neunte, verbesserte Auflage. Jena. Gustav Fischer. 1901. (Preis 7 Mk.).

Wenn der Titel schon Alles besagt, was das Buch bringt, so ist es ja aus seinen früheren Auflagen bereits jedem Studenten der ersten Semester bekannt. Auch die neue Auflage kann was Uebersichtlichkeit und Klarheit der Darstellung an der Hand zahlreicher Abbildungen anbelangt dem Studirenden empfohlen werden, doch wird auch mancher College, der sich mit Mikroscopie beschäftigt und doch kaum Gelegenheit hat die Specialzeitschriften für mikroscopische Anatomie zu verfolgen, das Neue auf dem Gebiete finden, um bei seiner Thätigkeit orientirt zu sein.

Ucke.

Prausnitz: Grundzüge der Hygiene. 5. Auflage. Lehmann.

Namentlich unter den Studirenden stark verbreitet, wird das Werk sich gewiss in der neuen Auflage wegen seiner klaren und übersichtlichen Darstellung zu seinen alten noch neue Freunde erwerben.

Wichert.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

682. Situng den 14. November 1900.

Vorsitzender: Tiling. Secretär: Albanus.

Voss: Ein Fall von Ponstumor.

Discussion.

Nissen: Es handelte sich doch im Krankheitsbilde jedenfalls um eine beiderseitige Facialisaffection. Links Facialislähmung und mit ihr gekreuzte rechtsseitige Hemiplegie und Krampf im rechten Facialis?

Voss: Es war schwer zu entscheiden, ob es sich um einen Krampf des Facialis oder um eine Contractur des paralytischen Facialis handelte.

Nissen: Warum wurde trepanirt?

Voss: Die Trepanation erschien als das einzige Mittel das eventuell noch Hilfe resp. Erleichterung bringen konnte und geschah als vitale Indication.

Tiling: War der Puls verlangsamt?

Voss: Wenig.

Tiling: Die Diagnose, dass ein Hirntumor vorliegt, nöthigt mitunter zur Operation. Man braucht sie nicht selbst vorzuschlagen, jedoch darf man sie nicht ablehnen, wenn von dem Patienten oder dessen Angehörigen darum gebeten wird. Eine gewisse Erleichterung kann immer nach der Operation eintreten.

Voss: Es giebt Chirurgen, wie z. B. Bruns, die direkt zur Trepanatien rathen bei verzweifelten Fällen, wegen der subjectiven Erleichterung die man dem Kranken schafft.

Nissen: Auf dem Moskauer Congress wurde u. A. von Bergmann betont, dass ein Hirntumor, wenn er nicht in der motorischen Sphäre liegt, ein noli tangere ist.

Tiling: Bergmann hat damals nur den allzu grossen Feuereifer dämmen wollen, der für die Trepanation herrschte. Man darf nicht rathen zur Operation, jedoch dazu gedrängt, nicht absagen.

Vermischtes.

— Alle diejenigen Collegen, die für die Zeit des diesjährigen Aerztetages sich mit einer Wohnung noch nicht versorgt haben, werden gebeten unter Angabe ihrer speciellen Ansprüche und Wünsche sich bei Einem der Unterzeichneten spätestens bis zum 15. Mai c. zu melden.

Im Namen des Präsidiums:

Dr. M. Treymann, Thronfolgerboulevard Nr. 3.
Dr. G. Engelmann, Thronfolgerboulevard Nr. 21.
Dr. G. Weidenbaum, Thronfolgerboulevard Nr. 27.
Dr. W. Vierhuff, Alexander-Strasse Nr. 19.

Riga, April, 1901.

— Der Director des Klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna, Prof. Dr. N. Sklifossowski ist von diesem Amte zurückgetreten und ist mit den Functionen des Directors zeitweilig der Professor der Chirurgie an dem genannten Institut Dr. G. Tiling betraut worden. Prof. Sklifossowski ist, wie verlautet, zum Mitglied des Conseils beim Minister der Volksaufklärung ernannt worden.

— Der Ordinator am hiesigen Kinderhospital des Prinzen von Oldenburg, Dr. Richard Peters, hat sich mit Genehmigung der Conferenz der Militär-Medicinischen Academie als Privatdocent für Kinderkrankheiten an der genannten Academie habilitirt. — Dr. Peters ist ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, an welcher er auch 1880 die Doctorwürde erlangte.

— Wie Moskauer Blätter berichten, giebt Professor Dr. A. Pospelow seine Stellung als Oberarzt am städtischen Mjasnitzki-Hospital in Moskau auf, um sich ausschliesslich der Lehrthätigkeit und den Interessen der von ihm geleiteten Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten zu widmen.

— In der vor Kurzem hierselbst in's Leben getretenen «Gesellschaft zur Fürsorge für Geisteskranke» ist der Leibarzt Dr. G. Hirsch zum Präsidenten, Dr. M. Nishegorodzew zum Vicepräsidenten und Dr. S. Uspenski zum Secretär gewählt worden.

— Der etatmässige Arzt am Ambulatorium des städtischen St. Wladimir-Kinderhospitals in Moskau, Dr. A. A. Ssokolow, ist zum älteren Arzt der therapeutischen Abtheilung dieses Hospitals ernannt worden.

— Verstorben: 1) Am 9. April in Borowitschi der dortige Landschaftsarzt Dr. Benedict Orlow in hohem Alter. Dem Hingeschiedenen, welcher mehr als 40 Jahre die ärztliche Praxis ausgeübt hat, verdankt unsere «Medicinische Wochenschrift» in ihren früheren Jahrgängen zahlreiche casuistische Mittheilungen und Berichte über Operationen, die er in dem von ihm geleiteten Landschaftshospital ausgeführt hatte. — 2) Am 14. April in Archangelsk der dortige Arzt Dr. Eduard v. Gebhardt im 34. Lebensjahre. Der Verstorbene stammte aus Estland und hatte seine medicinische Ausbildung an der Universität Jurjew (Dorpat) erhalten. Gerhardt starb am Flecktyphus. — 3) In Temir-Chan-Schura der Militärarzt S. R. Dworezki im Alter von 60 Jahren. Als Arzt ist D. seit 1869 thätig gewesen. — 4) In Tientsin (China) der Chef des Sanitätswesens beim deutschen Expeditionscorps in Ostasien, Oberstabsarzt Professor Dr. Kohlstock im 40. Lebensjahre am Abdominaltyphus. Er war 1898 mit Prof. R. Koch zur Erforschung der Rinderpest in die Capcolonie gereist und galt als eine der ersten Autoritäten auf dem Gebiete der Tropenmedicin. — 5) In Elgersburg (Herzogthum Gotha) der Chefarzt der

dortigen Wasserheil- und Curanstalt. Sanitätsrath Dr. Oskar Barwinski, bekannt als Verfasser eines trefflichen Compendiums der Hydrotherapie. Er hat sich, veranlasst durch ein unheilbares Leiden, das voraussichtlich ein jahrelanges Krankenlager zur Folge gehabt hätte, erschossen.

— In der Gesellschaft russischer Aerzte der Stadt Odessa ist Dr. P. I. Diatropow zum Präsidenten und Dr. I. P. Archarow zum Vicepräsidenten gewählt worden. (Jushnoje Obosrenie. — Wr.)

— Die Stadtduma von Krassnoufimsk (Gouv. Perm) hat den Arzt des örtlichen Landschaftshospitals M. I. Miserow in Anerkennung seiner 20jährigen nutzbringenden ärztlichen Thätigkeit in Krassnoufimsk zum Ehrenbürger der Stadt gewählt. (Ural. — Wr.)

— Die Zahl der Privatheilanstalten in Riga wächst in auffallender Weise. Neuerdings sind nach der «Livl. Gouv.-Ztg.» wiederum nachstehende Concessionen ertheilt worden: 1) dem Arzt Wulf Löwenberg zur Eröffnung einer Privatklinik für Haut- und Geschlechts-Krankheiten in Riga; 2) dem Arzt Alfred Fehrmann zur Eröffnung einer Heilanstalt und eines Asyls für Schwachsinnige und Epileptiker unter dem Namen «Theresia» in Riga in der Goldinger Strasse Nr. 22 und 35; 3) dem Dr. med. Eduard Neuenkirchen zur Eröffnung einer Anstalt für Herstellung von Pockenlymphe in Riga.

— Der dirigirende Arzt der chirurgischen Abtheilung des Augusta-Hospitals in Berlin, Prof. Dr. Fedor Krause, früher Assistent Prof. Volkmann's in Halle, ist zum ausserordentlichen Professor der Chirurgie an der Berliner Universität ernannt worden.

— Prof. Dr. v. Hansemann, Prosector des städtischen Krankenhauses am Friedrichshain und Privatdocent der Berliner Universität, ist als ordentlicher Professor der pathologischen Anatomie an die Universität Leyden berufen worden.

— Prof. Dr. Kümmel in Breslau hat den an ihn ergangenen Ruf als Nachfolger Prof. Kuhn's an der Strassburger Ohrenklinik abgelehnt.

— Prof. Dr. Rumpf, welcher vor Kurzem die Direction der inneren Abtheilung des neuen allgemeinen Krankenhauses aufgab, hat sich als Privatdocent für innere Medicin an der Universität Bonn habilitirt.

— An der Wiener Universität soll eine dritte chirurgische Klinik errichtet werden, als deren Leiter der ordentliche Titularprofessor Dr. Hochenegg, ein Schüler Prof. Albert's, anzusehen ist.
(Allg. med. C.-Ztg.)

— Den «Nowosti Dnja» zufolge ist der Personaletat des hiesigen weiblichen medicinischen Instituts durch 13 Assistenten, 6 Prosectoren und 14 Laboranten ergänzt worden. (Wr.)

— Gegenwärtig ist der Bau und die innere Einrichtung des Asyls für unheilbare Kranke aller Stände, welches auf dem Jungfernfelde in Moskau mit dem vom verstorbenen Moskauer Metropoliten Sergius gespendeten Capital aufgeführt worden ist, beendigt. Das zweistöckige Gebäude ist auf 100 Personen beiderlei Geschlechts berechnet. In einem dreistöckigen steinernen Flügel befinden sich die Wohnungen des Asylaufsehers, des ärztlichen Personals, sowie der Dienstboten. Sämmtliche Räume werden elektrisch beleuchtet. Die Baukosten haben gegen 300,000 Rbl. betragen.

— Wie der «Jeshenedelnik» erfährt, beabsichtigen die Professoren Djakonow, Lewschin (Moskau), Rasumowski (Kasan) und Subbotin (St. Petersburg) ein Werk unter dem Titel «Russische Chirurgie» herauszugeben, das in 6 Bänden die gesammte Chirurgie umfassen soll.

— Pestnachrichten. Nach einer telegraphischen Meldung aus Capstadt vom 16. (29.) April sind dort in den letzten 48 Stunden 16 Personen (darunter 8 Europäer) an der Pest erkrankt. Bis jetzt kamen im Ganzen 519 Pesterkrankungen vor, darunter 217 mit tödlichem Ausgange.

— Die italienische Kammer hat ein Gesetz gegen die Malaria angenommen, nach welchem den Landarbeitern das nöthige Chinin durch die Gemeindebehörden unentgeltlich verabfolgt werden muss auf Kosten der Grundeigenthümer oder bei öffentlichen Arbeiten auf Kosten des Staates. Unterlassung wird mit Strafen von 100—1000 Lire geahndet. Ausserdem müssen in den Malariagegenden die Behausungen der Zollwächter, sowie des Landstrassen- und Eisenbahn-Personals durch metallene Netze gegen das Eindringen von Stechmücken geschützt werden. Für Einrichtung solcher Schutzvorrichtungen seitens der Grundeigenthümer zum Besten der Arbeiter und Bauern werden Belohnungen bis zu 1000 Lire ertheilt. Merkwürdiger Weise ist der bekannte Kliniker Prof. Bacelli, ein Gegner der Grassi'schen Moskitotheorie der Malaria, als Opponent gegen das Gesetz aufgetreten.

— Als ein sicheres Mittel gegen Moskitostiche empfiehlt Prof. Voges, Director des bacteriologischen Staatslaboratoriums zu Buenos-Aires und früherer Assistent Prof. R. Koch's, Einreibungen von Naftalan in die Haut. Es soll in kurzer Zeit der Schmerz, den die Stiche verursachen, aufhören und eine schnelle Abnahme der Schwellungen erfolgen. Da nach den Forschungsergebnissen von Koch, Grassi und Ross die Moskitos eine wesentliche Rolle bei Uebertragung der Malaria zu spielen scheinen, so empfiehlt sich auch prophylactisch Naftalan in die unbekleideten Theile der Haut (Gesicht, Hals, Hände) einzureiben.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 7. April d. J. 8148 (194 mehr als in d. Vorw.), darunter 329 Typhus — (12 wen.), 750 Syphilis — (23 wen.), 326 Scharlach — (4 wen.), 114 Diphtherie — (2 mehr), 45 Masern — (9 mehr) und 33 Pockenkranke — (2 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 1. bis zum 7. April 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
393	339	732	161	68	112	12	12	28	57	50	56	57	54	48	16	1

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 13, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 16, Scharlach 13, Diphtherie 37, Croup 1, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 25, Erysipelas 4, Grippe 8, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 93, Tuberculose anderer Organe 21, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 27, Marasmus senilis 36, Krankheiten der Verdauungsorgane 58. Todtgeborene 36.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 24. April 1901.

Tagesordnung: 1) Dobbert: Therapie der unterbrochenen Extrauterinschwangerschaft.
2) Fuhrmann: Ein Fall von Bradycardie.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 7. Mai 1901

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger** und **Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau L. A. Bogoslawskaja, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.

Берта Федоровна Панова, Спасская ул. д. 24, кв. 7.

Дозв. ценз. Спб., 21 Апрѣля 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 17 St. Petersburg, (12. Mai) 28. April **1901**

Bericht über die Thätigkeit des Evangelischen Sanatoriums für Lungenkranke in Pitkäjärvi.

1. Januar 1900 bis 31. December 1900.

Vom

Director Dr. Alexander von Pezold.

(Schluss).

Abkürzungen:

Die meisten sind ohne Weiteres verständlich, doch seien einige erklärt:

IC. — Intercostalraum.
kl. = klingend.
verl. = verlängert.
versch. = verschärft.
ves. = vesiculär.
m = mit.
p = positiv.
n = negativ.
v. = verbleibt.
R. = Respiration.
4/5 = das 4. von 5 Kindern.
Rp. = Rippe.
H. = Körperlänge.
Th. = Thoraxumfang.
Exc. = respir. Excursion et Thorax.
Dzr. = Diazoreaction.
F. = Fieber über 38,5.
f. = Fieber unter 38,5.

(cf. Tabelle auf der nächsten Seite).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Casper und Richter: Functionelle Nierendiagnostik mit besonderer Berücksichtigung der Nierenchirurgie. Urban & Schwarzenberg.

Die Verfasser gelangen zu folgenden Resultaten:

1) Die Untersuchung des Harns allein ist nicht im Stande eine Insufficienz der Nieren festzustellen. Nur die Gefrierpunktserniedrigung des Blutes gestattet Schlüsse auf dieselbe.

2) Aus dem Harn lässt sich, aber nur mit Hilfe des Ureterenkatheterismus, die Grösse der Arbeit jeder Niere bestimmen. Dabei werden folgende Methoden angewandt:

a) Quantitative Bestimmung in dem getrennt aufgefangenen Harn einzelner Bestandtheile, besonders des N.
b) Gefrierpunktsbestimmung des Harns jeder Niere.
c) Zuckerbestimmung des Harns jeder Niere nach Phloridzininjection.

Auf die Uebereinstimmung der einzelnen so erhaltenen Werthe legen die Verfasser besonderes Gewicht. Hauptsächlich sind es die bei Phloridzininjection und durch Bestimmung der Gefrierpunktserniedrigung gewonnenen Resultate, die für die Beurtheilung massgebend sind. Die Technik der Methode anlangend betonen die Verfasser, dass es nicht nöthig ist, den Harn aus beiden Nieren längere Zeit getrennt aufzufangen; es genügen ca. 20 Minuten, da es sich nur um Vergleichswerthe handelt.

Wichert.

Hasse: Handatlas der Hirn- und Rückenmarksnerven etc. Wiesbaden 1900. Bergmann. 2. Auflage.

Das vorliegende Buch hat schon in erster Auflage viel Beifall gefunden, die zweite wird sich noch weitere Anerkennung zweifellos verschaffen. Die Abbildungen sind sorgfältig gezeichnet und gut reproducirt, nur bedingt das verhältnissmässig kleine Format, in dem einzelne Körpertheile wiedergegeben sind, bei der Mannigfaltigkeit der Innervation und der entsprechenden Zahl von Farben einen etwas verwirrenden Gesammteindruck. Es würde dem Atlas sehr gedient sein, wenn Tafeln wie beispielsweise 5, 18, 36, 39, 40 in doppelter Grösse ausgeführt wären. Auf Tafel 16 findet man eine Abbildung der sensiblen Territorien der «serösen Höhlen», darunter die Innervation der unteren Hälfte des Schädelinnenraums, die obere Hälfte findet sich leider nirgends. Trotz dieser geringfügigen Mängel können wir den Hasse'schen Atlas den werdenden und fertigen Fachgenossen insbesondere aber den Neurologen aufs wärmste empfehlen, denn das Studium der sensiblen Störungen bei den verschiedensten Erkrankungen wird von immer grösserer Bedeutung für die pathogenetische und localdiagnostische Erkenntniss der Krankheitsprocesse. Ein sorgfältiges Studium der sensiblen Ausfallserscheinungen wird uns weiterführen auf dem Wege der Unterscheidung peripherer, centraler, radiculärer und functioneller Sensibilitätsstörungen. Ermöglicht aber wird ein solches Studium nur durch die Schaffung so trefflicher Abbildungen wie sie uns in dem Hasse'schen Atlas geboten werden.

Voss.

Laufende № (Journal №)	Geschlecht, Alter, Stand	Hereditäre Momente	Anamnestische Daten	Wie lange krank	Habitus. Befund bei der Aufnahme.	Tuberculo anderer Organe	
42	Herr N. 22 ledig	—	Oft Epistaxis. Vor 3 J. nach Velocipedfahren profuse Haemoptoe, nachher in grösseren u. kleineren Intervallen noch 6 mal, zuletzt vor 1 Mon., später Fieber, Husten	3 J.	Habitus phthisicus. H = 173. Th. = 83. Exc. = 4,5. RVO bis unteren Rand der II. Rp. HO bis Spina scapulae. Dämpf. Unbest. Athmen, mittl. u. feinbl. Rasseln. Dzr. = — Puls 102.	—	
53	Herr N. 20 ledig	—	Morbilli. Auffallend rasches Wachsthum. Vor 1 J., vor 6 M., vor 2 W. Haemoptoen.	1 J.	Mittl. Körperbau. Thorax paralyticus. Blässe. H = 185. Th. = 81. Exc. = 5,0. Tiefstand d. r. Spitze um c. 1 Finger breit. RVO Dämpf. bis II Rp., ves. etw. abgeschw. Athmen. HO leichte nur im Niveau III u. IV Rp. deutl. Dämpf., versch. Athmen m. verl. Exsp. Dzr. = — Puls = 88.	—	
56	Frl. N. 22	—	Scrophulose. Vor 2 J. Typhlitis. Seit 6 Mon. Appetitmangel, Kopfschmerz, Husten, Auswurf	6 M.	Kräftiger Körperbau. H = 164. Th. = 85. Exc. = 7,5. LVO über Clavicula, HO bis 1/2 Scapula Dämpf. abgeschw. rauhes Athmen. Dzr. = — Puls = 82.	—	l
62 (61)	Frl. N. 32	Vater Potat. Tub. lar. †	Scrophulose, Chlorose. Vor 4 J. Influenza. Vor 6 M. Erkältung, Heiserkeit.	6 M.	Kräftiger Körperbau, untersetzte Gestalt. H = 148. Th. = 84. Exc. = 3,5. RVO über Clavicula, HO über Spina scapulae Dämpfg., abgeschw. rauhes Athmen, einzelne Rhonchi. Dzr. = — Puls = 80.	Larynx Infiltration	
64 (62)	Frl. N. 19	—	Varicellae, Rubeola, Diphtherie. Vor 1 J. Pleuritis sicca sin. Vor 1 M. Influenza, seitdem Fieber.	1 M.	Graciler Körperbau. Scoliosis thorac. dext. daher Tiefstand d. r. Lungenspitze. H = 160. Th. = 73. Exc. = 5,0. LH von Spina scapulae bis Angulus leichte Dämpfg., abgeschw. rauhes ves. Athmen, nach willkürl. Hustenstössen auch fein- u. mittelbl. Rasseln. LVU von VI Rp. Schall etw. verkürzt, Stimmfremitus etw. abgeschw. Dzr. = — Puls = 110.	—	
65 (63)	Frl. N. 18	—	Seit 2 M. Husten, Fieber. Vor 6 W. Haemoptoe. Appetitmangel, Obstipation, Nachtschweisse.	2 M.	Graciler Körperbau. LH von 1/2 Scapula abwärts Percussion verkürzt, abgeschw. ves. Athmen. Lungenrand LHU verschiebt sich inspiratorisch nur um 1;5 cm. RVO verl. Exsp. Dzr. = — Puls = 100.	—	
66 (64)	Herr N. 25 ledig	—	Vor 3 M. Bronchitis, dann Pleuritis sicca. Nachtschweisse, Fieber.	3 M.	Mittlerer Körperbau. Thorax gut gebaut. H = 168 1/2. Th. = 85. Exc. = 4,0. RV u. HO Dämpfg. Leises rauhes Insp., verschhauchendes Exsp., mittelbl. Rasseln. U beiders. auffallend leises Normalathmen m. schwachem Fremitus. Dzr. = + Puls = 104.	Lymphadenitis cervicalis	
67 (65)	Herr N. 29 verheiratet	Vater Tub. pulm. †	Bei Ableistung der Wehrpflicht starke Excesse in Bacho et Venere. Gonorrhoe. Vor 1 J. Husten, Nachtschweisse. Vor 5 M starke Erkältung, danach Fieber, Nachtschweisse, Husten.	5 M. bez. 1 J.	Mittlerer Körperbau. R Schulter tiefer. Blässe. Gekreuzte Dämpfg., RV über u. unter Clavicula. LH über Spina scapulae. In beiden Spitzen V wie H abgeschw. rauhes Athmen m. trockenen Rhonchi, dieselben auch nach H abwärts hörbar. Dzr. = — Puls = 80.	—	Pi ver
70	Frl. N. 28	Mutter u. Bruder Tub. pulm. †	Varicellae, Morbilli. Vor 2 W. starke Haemoptoe. Diarrhöen.	2 W.	Mittlerer Körperbau. Thorax gut gebaut. RVO unter Clavicula leichte Dämpfg., daselbst Athmung unbest. etw. schwächer als L. Dzr. = +. Puls = 76.	—	

Stadiums.

Sonstige Complicationen	Fieber Eintritt	Fieber Austritt	Tbbc. Eintritt	Tbbc. Austritt	Gewicht Eintritt	Gewicht Austritt	Gewicht Differenz	Charakter Temperament	Besonderes im Verlaufe der Anstaltscur	Besondere Behandlung	Kurtage	Resultat	Befund beim Austritt. Weiteres Ergehen
…bile Vasomotoren. …rvöse Erregbarkeit. …ricarditis externa	F.	—	4	—	167	$161\frac{1}{2}$	$-6\frac{1}{2}$	Choleriker, intelligent. Genau in d. Kur	Gut erholt. In letzter Zeit durch Examen u. Fahrten nach Petersburg (stets mehrtägige, einmal 2 wöchentl. Kurunterbrechung, damals Haemoptysis) angestrengt daher Gewichtsabnahme.	Guajacolvasogen äusserlich. Ext. hydrast. canad. Codein phosph.	270	?	Deutl. sichtbare Abflachung RVO Einziehung d. benachbarten Intercostalräume. RVO intens. Dämpfg. über Clavicula unterh. weniger deutl. bis II Rp., Exsp. etw. rauh, wenig zähes Rasseln. HO Dämpfung in Fossa supraspinata. Verl. Exsp., kein Rasseln. † 1 M. nach Austritt infolge plötzl. Haemoptoe nach Anstrengung.
—	f.	—	K. Sp.	K. Sp.	153	170	+71	Phlegmatiker, ordentlich, folgsam	Ausgezeichnet erholt.	—	170	p.	Dämpfg. aufgehellt, nur bei sehr starker Percussion Schall etwas verkürzt. 10 M. nach Austritt vollkommen arbeitsfähig, keine Beschwerden.
…aryngitis simplex.	f.	—	+	—	151	$153\frac{1}{2}$	$+2\frac{1}{2}$	Lebhaft leichtlebig, folgsam	Fahrt nach Petersburg.	Kreosotarsenikpillen, Kefir	180	p.	LO Dämpfg. aufgehellt etw. abgeschw. rauhes Atmen. Ging aufs Land. Befindet sich 8 M. nach Austritt wohl, bis auf Heiserkeit.
—	—	—	—	—	140	150 war $166\frac{1}{2}$	+10	Ruhig, sehr um sich besorgt	Hatte sich ausgezeichnet erholt, 2 M. vor Austritt Erkältung, seitdem Progredienz des Processes im Larynx.	Lar.: Mentholöl. Acid. lactic. Inhalationen m. Parachlorphenol. Orthoform	280	?	Dämpfg. aufgehellt, abgeschw. Atmen, keine Rhonchi. «5 M. nach Austritt ist in den Lungen nichts nachweisbar, Larynx besser»
—	f.	—	—	K. Sp.	118	$134\frac{1}{4}$	$+16\frac{1}{4}$	Sanguinisch, leichtlebig, genau in der Kur	Ausgezeichnet erholt.	Pil. Blaudii	90	p.	Dämpfg. aufgehellt, etwas unbest. Atmen. Bald nach Austritt Examen. 6 M. nach Austritt Wohlbefinden, hat nur etw. an Gewicht abgenommen.
—	f.	—	—	—	$117\frac{1}{4}$	$123\frac{1}{2}$	$+6\frac{1}{4}$	Sanguinisch, leichtlebig, unvorsichtig	Erholte sich gut wird aber ausgeschlossen da sie sich nicht fügen will.	—	28	p.	Subjectiv gebessert. Local kaum eine Veränderung.
—	F.	—	10—15	5—6	144	$158\frac{1}{2}$	$+14\frac{1}{2}$	Phlegmatiker. Solider verständiger Mensch, sehr um sich besorgt.	Ausgezeichnet erholt. Kur wegen Geldmangel unterbrochen.	Kreosot, Ol. jecor. aselli. Ung. Kal. jod. Guajacolvasogen äusserlich	116	p.	R. Dämpfg. aufgehellt. Leises Insp., verschw. Exsp., kein Rasseln. Setzte d. Kur anderweitig fort, später 1 mal Haemoptoe gehabt, befindet sich sonst wohl.
…tyriasis …rsicolor	f.	—	+	—	154	$162\frac{1}{4}$	$+8\frac{1}{4}$	Phlegmatiker, einsichtsvoll, solid	Ausgezeichnet erholt.	Kreosot, Ol. jecor. aselli	91	p.	Dämpfg. aufgehellt, nur noch RVO, etw. verkürzter Percussionsschall, Atemgeräusch wenig rauh, keine Rhonchi. Kehrt nach 5 M. ins Sanatorium zurück.
—	—	—	—	—	$148\frac{1}{2}$	nicht gewogen	—	Sanguinisch, wenig einsichtsvoll	Kur abgebrochen weil zu streng.	—	1	—	—

Laufende № (Journal №)	Geschlecht, Alter, Stand	Hereditäre Momente	Anamnestische Daten	Wie lange krank	Habitus. Befund bei der Aufnahme	Tuberculose anderer Organe
73 (70)	Frl. N. 36	Mutter u. Schwester Tub. pulm. † Vater Tub. pulm. lebt, Schwester Tub. pulm. geheilt.	Morbilli, Pertussis, Diphtherie. Vor 2 J. Typhus abd. 3 mal Pleuritis. Vor 1 J. letzte Pleuritis, seitdem Husten, Fieber. Haemoptoe vor 1 M. u. Nachtschweisse, Heiserkeit seit 1 M.	1 J.	Graciler Körperbau. H = 153. Th. = 79. Exc. = 4,5. R = 24. RVO Dämpfg. bis Clavicula, unterh. Percussionston verkürzt bis II Rp.: Versch. Respirium, giemende Rhonchi. RUS Dämpfg., abgeschw. Athmen. Dzr. = — Puls = 110.	—
75 (72)	Frl. N. 22	Vater Tub. lar. † 2 Mutterschwestern Tub. pulm. †	Schwächl. Kind. Morbilli, Scarlatina. Pertussis, Petechien u. Macula im 12 J. Chlorosis, heftige Menstrualblutungen. Epistaxis. Vor 2 J. Dysenterie, v. 1 J. Scorbut? Heftige Gemüthsbewegungen, Haemoptoen. Absoluter Appetitmangel.	1 J.	Mittlerer Körperbau. Guter Ernährungszustand. Blässe. RHO Percussionston verkürzt etwa bis 1 Finger breit über Spina scapulae. Unbest. Athmen, vereinzelte knarrende Rhonchi. Dzr. = — Puls = 98.	Lymphadenitis submax. supraclav. et cervicalis
81 (77)	Herr N. 35 verheiratet	Vater Tub. pulm. †	Morbilli. Vor 20 J. Haemoptoe, seitdem stets etwas Husten. Vor 8 J. Pneumonie, vor 6 J. Nephritis, vor 4 M. Influenza-Pneumonie im r. Unterlappen, Pleuraexsudat, Lungenabscess, Thoracotomie vor 3 M.	4 M. bezüglich 20 J.	LVO etw. saccad. Athmen. RV Dämpfg. von III Rp. abwärts, Athemgeräusch abgeschw., Exsp. lauter als normal. H im V IC rundl. nach H zu gehende m. Granulationen ausgekleidete etwa 2 cm. grosse Operationswunde aus der sich Eiter entleert. Puls = 110.	—
86 (82)	Herr N. 38 verheiratet	—	Stets Neigung zu Katarrhen. Vor 1 M. mehrfach Haemoptoen. Vor 2 W. profuse Haemoptoe, Husten, Nachtschweisse.	1 M.	Mittlerer Körperbau. RVO über u. unter Clavicula leichte Dämpfg. nach abwärts sich aufhellend, abgeschw. Athmen, Stimmfremitus verstärkt. HO ebenfalls Dämpfg., abgeschw. Athmen, feucht-trockenes Rasseln. Dzr. = — Puls = 100.	—
87 (83)	Herr N. 33 verheiratet	—	Neigung zu Katarrhen, im letzten Jahr morgens Husten. Ueberarbeitung im Beruf (Prediger). In letzter Zeit Agrypnie.	1 J.	Mittlerer Körperbau. Thorax gut gebaut. LVO Dämpfg. über Clavicula. RVO. Percussionston gleichfalls verkürzt. Beiderseits, l. mehr, rauhes Athmen, trockene Rhonchi. Dzr. = — Puls = 82.	—
88 (84)	Herr N. 18 ledig	Muttervater Tub. pulm. † 83 J. Bruder Tub. pulm. † Schwester Tub. pulm. geheilt	Morbilli. Oft Epistaxis. Auch Eltern u. Geschwister leiden sehr oft an Epistaxis. Haemoptoen, Nachtschweisse.	3 M.	Graciler Körperbau. Zieml. flacher Thorax. H = 172 cm. Th. = 85. Exc. 3,0. R. = 21. RVO bis II Rp. HO in Fossa supraspinata Dämpf., abgeschw. Athmen m. mittelfeinem Rasseln. LVO abgeschw. unbest. Athmen. Dzr. = +? Puls = 96.	Larynx: Infiltrat der Reg. interarytaen. u. wahren Stimmbänd.
93 (89)	Frl. N. 30	Schwester Lungenleiden †	Morbilli, Scarlatina, Pertussis. Diphtherie, Erysipel. Häufige Kopfschmerzen. Neigung zu Katarrhen, Epistaxis, Obstipation. Vor 4 W. Erkältung, Athemnoth.	4 W. bez. 8 J.	Graciler Körperbau. H = 155. Th. = 73. Exc. 3,0. R = 23. RVO Dämpfg. bis Clavicula, unterh. Percussionston etw. verkürzt. Höher mittelbl. Rasseln. LVO Percussion wenig verkürzt. Knarren u. Giemen. Dzr. = — Puls = 110.	—
95 (91)	Frl. N. 23	Mutter Morphinistin. Patientin Frühgeburt 8/9. Bruder Tub. pulm. †	Morbilli, Pertussis. Typhus abd. i. 14 J., seitdem kränkl. Geschwüre? im Halse 5 Jahre lang. Vor 4 J. Cystitis, Chlorosis. Oft Migräne mit Erbrechen. Vor 3 J. Pleuritis. Vor 4 M. kleine Haemoptoe, Nachtschweisse, Obstipation.	4 M.	Mittlerer Körperbau. Blässe. H = 159. Th. = 77. Exc. = 6,0. R = 20. RVO bis III Rp. HO in Fossa supraspinata. Dämpfg. Unbest. Athmen mit verl. Exsp., wenig Rasseln. Athemgeräusch R durchweg schwächer als L, auf Scapula Knarren. Dzr. = — Puls = 100.	—
102 (65)	Herr N. 29 verheiratet	Vater Tub. pulm. †	War 6 M. vor Eintritt bereits im Sanatorium, hatte sich anfangs in der Zwischenzeit sehr wohl befunden, darauf mehrfach Erkältung, Influenza, Ueberarbeitung (cf. Nr. 67).	10 M.	Mittlerer Körperbau. H = 165½. Th. = 85. Exc. = 4,0. R = 18. RV u. HO Dämpfg., abgeschw. rauhes Athmen. LVSU etw. unbest. Athmen. Dzr. = — Puls = 76.	—

onstige Compli- cationen	Fieber Ein- tritt	Fieber Aus- tritt	Tbbc. Ein- tritt	Tbbc. Aus- tritt	Gewicht Ein- tritt	Gewicht Aus- tritt	Gewicht Diffe- renz	Character, Tempe- rament	Besonderes im Verlaufe der Anstaltskur	Besondere Behandlung	Kurtage	Resultat	Befund beim Austritt. Weiteres Ergehen
ervosität. haryngo- aryngitis sicca.	f.	—	3—4	2	116	121	+5	Phlegma- tisch, intelli gent, gleich- mässig, ge- nau in der Kur	Gut erholt. An- fangs starker Hus- ten. Oft Herzklo- pfen.	Guajacol- carbonat, Guajacolva- sogen äus- serlich. Kefir. Phar.: Jod- glycerin	94	p.	RVO Dämpfg. aufgehellt, etw. versch. Respirium, keine Rhon- chi. Zog zum Sommer nach Teri- joki, befand sich sehr wohl. Nach starker Erkältung Ver- schlimmerung, kehrt ins Sa- natorium zurück.
Anaemie	f.	—	1—2	—	146½	156½	+10	Phlegma- tisch, leicht- lebig	Ausgezeichnet er- holt. Es stellt sich vorzügl. Appetit ein (bis 26 Glas Milch). Fahrt nach Petersburg.	Kreosot, Ol. jecor. aselli Pil. Blaudii, Ung. kal. jodat.	75	p.	RHO scheint das Exsp. etw. verlängert, nirgends Schall- differenz. Befindet sich 6 M. nach Austritt vollkommen wohl.
lbuminurie. Eczema	F.	—	—	—	171¼	193½	+22¼	Phlegmati- ker, gleich- mütig, zu- frieden, soli- de u. pflicht- treu.	Ausgezeichnet er- holt.	Verbände. Past. Lassar.	58	p.	L nichts mehr nachweisbar. RV von IV Rp. H von VI—VII Rp. an Dämpfg., abge- schw. Atmen und Stimmfre- mitus etwas abgeschw. Be- findet sich 7 M. nach Aus- tritt vollkommen wohl, hat in dieser Zeit eine Reise nach Amerika gemacht.
Anaemie. Neurasthe- nie. Laryn- gitis simpl.	f.	—	—	—	135¾	160¾	+15	Choleriker. sehr ängst- lich u. un- ruhig, sehr um sich be- sorgt	Ausgezeichnet er- holt.	Kefir, Soden, Dionin	62	p.	RVO sehr geringe Dämpfg. nach abwärts zu sich aufhel- lend ebenso HO in Fossa su- praspinata, abgeschw. Atmen, kein Rasseln. Ging zur weiteren Kur in die Schweiz.
Laryngitis	f.	—	1	—	147½	158¼	+10¾	Phlegmati- ker, leicht- lebig	Gut erholt. Oft unvorsichtig.	Tinct. Gel- sem. Kefir. Guajacolva- sogen äus- serlich	44	p.	Dämpfg. beiderseits aufgehellt, Atmung etw. rauh, keine Rhon- chi. 7 M. nach Austritt Wohlbe- finden, nachdem Patient sich eine Zeit lang schlecht gefühlt infolge von Erkältungen und Berufsthätigkeit.
Häufige Epistaxis	f.	— V.	2	— V.	141	150 V.	+9	Phlegmati- ker, leicht- lebig, genau in der Kur	Anfang sehr gut erholt. Mitte De- cember Influenza. Anfang sehr star- ker Husten. Fahrt nach Petersburg.	Tinct. Gel- sem. Codein, phosph. Dio- nin mit gu- tem Erfolg. Kefir. Larynx: Mentholöl 10—20%	169	n.	Patient verbleibt im Sanato- rium. Befund v. 12/XII. RVO Dämpfg. aufgehellt, etw. abgeschw. Atmen, verl. Exsp. keine Rhonchi.
Anaemie. rregbarkeit r Nerven Vasomo- oren. Ta- hycardie, Agrypnie. t Epistaxis	f.	— V.	+	— V.	117¾	132¼	+15½	Sanguinisch. Genau in der Kur	Ausgezeichnet er- holt. Fahrt nach Petersburg. Zeit- weilig Schlaflosig- keit und Kopf- schmerzen.	Arsenik	136 V.	p.	Verbleibt zur weiteren Kur. Befund vom 28/XII. Dämpfg. aufgehellt, Atmung beidersei- tig etw. rauh.
Anaemie. etroversio eri, Para- Endome- tis. Obsti- pation.	f.	—	+	—	134½	148¾	+14¼	Phlegma- tisch, gleich- mütig zu- frieden	Ausgezeichnet er- holt. Alle Be- schwerden ge- schwunden.	Kreosot-Ar- senikpillen, Kefir. Gynaecologi- sche Behand- lung	72	p.	Dämpfg. aufgehellt. Respirium etw. abgeschw., kein Rasseln. Befindet sich 2 M. nach Aus- tritt nach den Strapazen einer 14-tägigen Reise vollkommen wohl.
ityriasis rsicolor	—	— V.	—	—	153	164	+11	Phlegmati- ker, ein- sichtsvoll, solid	—	Kreosot, Ol. jecor. aselli.	86 V.	p.	Verbleibt zur weiteren Kur. Befund v. 29/XII. Aufhellung d. Dämpfg.

Laufende № (Journal №)	Geschlecht, Alter, Stand	Hereditäre Momente	Anamnestische Daten	Wie lange krank	Habitus. Befund bei der Aufnahme	Tubercul anderer Organe
104 (96)	Frl. N. 23	Mutter u. Vater Lungenleiden? †	Siebenmonatskind. Morbilli, Varicellae, Pertussis, Influenza. Dysenterie. M. 10 J. Pneumonie. 2 mal Haemoptoen, darauf Kur im Sanatorium Lindheim.	10 M.	Graciler Körperbau, abfallende Schultern. Thorax lang u. schmal, Pectus carinat. H = $166\frac{1}{2}$. Th. = 77. Exc. = 6,0. R = 20. RVO leichte Dämpfg., oben u. unter Clavicula. HO Percussionston verkürzt m. tymp. Beiklang. LVO Percussionston wenig verkürzt. Beiderseits auffallend saccad. Atmen, einzelne Rhonchi. Dzr. = — Puls = 78.	—
106 (100)	Frau M. 38 verheiratet	Patientin 5/6 Mutter Lungenentzündung †	Morbilli. M. 15 J. Pneumonie. Oft Migräne. Seit 1 M. Nachtschweisse Fieber.	1 M.	Kräftiger Körperbau. Guter Ernährungszustand. H = $167\frac{1}{2}$. Th. = 90. Exc. = 3,0. R = 19. RV u. HO über Clavicula u. Spina scapulae Dämpfg. unter Clavicula Percussionston wenig verkürzt. Unbest. Atmen, kleinbl. Rasseln, auf d. ganzen r. Lungenoberfläche Rhonchi sibilant. Dzr. = — Puls = 80.	—
109 (103)	Herr N. 42 ledig	Patient 5/6. Schwester Tub. pulm. †	Vor 20 J. Polyarthritis rheum. War vor $1\frac{1}{2}$ J. 5 W. im Hospital, weiss jedoch nicht anzugeben woran er gelitten. Beschwerden, Athemnoth u. Herzklopfen.	1 M	Mittlerer Körperbau. Blässe. H = 168. Th. = $86\frac{1}{2}$. Exc. = 5,0. R = 21. RV u. HO über Clavicula u. Spina scapulae leichte Dämpfg.. Abgeschw, unbest. Atemgeräusch. LVO Suspect. Dzr. = — Puls = 80.	—
112 (104)	Frau N. 23 verheiratet	—	Chloresis. Schlechte Esserin. Nachtschweisse, Fieber, Husten. Milch wird nicht vertragen.	6 W.	Graciler Körperbau. Blässe, Thorax lang u. schmal. H = $164\frac{1}{2}$. Th. = $74\frac{1}{2}$, Exc. — 5,5. R = 20. RV u. HO bis II Rp. u. 1/2 Scapula Dämpfg. Unbest. Atemgeräusch m. verl. Exsp. u. Rasseln. Dzr. = — Puls = 96.	—

K r a n k e d e s

51	Frl. N. 35	Vater Potator Tub. pulm. †	Seit 14 M. Husten, Fieber, Abmagerung, Nachtschweisse.	14 M.	Kräftiger Körperbau, reducierter Ernährungszustand. H = 167. Th. = 82,5. Exc. = 2,5. R V O Dämpfg., hauchendes Exsp. L V u. H O Dämpfg mittelbl. nicht conson. Rasseln. Dzr. = mässigen Grades. Puls = 92.	—
52	Frl. N. 27	Vater Lungenleiden †	Morbilli, Scarlatina, vor 5 Jahren Pleuritis. Seit 2 M. Husten, Fieber, Nachtschweisse.	2 M.	Graciler Körperbau. Tiefstand d. r. Spitze. H = 163. Th. = 73. Exc. = 3,5. R V O Dämpfg bis II. Rp., tymp. bis III. Rp. abgeschw. Athmen mit verl. Exsp., medial hauchend. feinbl. nicht conson. Rasseln bis II. Rp., dann Crepitation bis III. Rp. H O Dämpfg. in Fossa supraspinata, O Hauchen stark abgeschw. Athmen fein — und mittelbl. Rasseln. Giemen in beiden Lungen S U. Dzr. = + Puls = 92.	Laryngitis
54	Frl. N. 17	—	In d. letzten 2 J. Ueberarbeitung beim Studium, Heimweh, schlechte Ernährung. Seit 2 M. Husten. Vor 1 M. Influenza, Appetitmangel, Nachtschweisse.	2 M.	Mittlerer Körperbau. H = 165. Th. = 81. Exc. = 4.0. L V schleppt stark nach, intensive Dämpfg. bis IV. Rp. abgeschw. Stimmfremitus, fernkl. bronch. Athmen, conson. fein — und mittelbl. Rasseln. H O Dämpfg. bis unt 1/3 d. Scapula, H U von IX. Rp. an abgeschw. Fremitus, abgeschw. reines ves. Athmen. Dzr. = — Puls = 96.	Lymphadenitis supraclavicularis Lupus am Unterschenkel
58	Frl. N. 24	—	Vor 7 J. Pneumonie sin sup., seit 4 W. Fieber, Husten. Ueberarbeitung beim Studium.	5 J. bez. 7 J.	Mittlerer Körperbau. H = 158. Th. = 72,5. Exc. = 3,0. L V schleppt nach, Dämpfg. bis III. Rp. H bis 1/2 Scapula. Stark. abgeschw. Athmen, kleinbl. Rasseln auf d. Höhe d. Insp. R V O in d. lat. Partie fein — und mittelbl. Rasseln ohne deutl. Veränderung d. Athemgeräusches. Dzr. = — Puls = 80.	—

Sonstige Kompli-kationen	Fieber Ein-tritt	Fieber Aus-tritt	Tbbc. Ein-tritt	Tbbc. Aus-tritt	Gewicht Ein-tritt	Gewicht Aus-tritt	Gewicht Diffe-renz	Character Temperament	Besonderes im Verlaufe der Anstaltskur	Besondere Behandlung	Kurtage	Resultat	Befund beim Austritt. Weiteres Ergehen
—	—	—	+	V.	$140\frac{1}{4}$	$142\frac{1}{4}$	+2	Sanguinisch, heiter u. leichtlebig, folgsam u. bescheiden	Erholt sich gut. Zur Zeit d. Menses starkes Erbrechen und Schmerzen.	Kreosot, Ol. jecor. aselli, Kefir	74 V.	p.	Verbleibt zur weiteren Kur. Befund vom 28/XII. Dämpfg. aufgehellt, keine Rhonchi, saccad. Atmen.
Iystero-eurasthe-ie. Perimetritis	f.	—	K. Sp.	K. Sp.	$182\frac{1}{2}$	$191\frac{3}{4}$	$+9\frac{1}{4}$	Ruhig, einsichtsvoll, zufrieden, ängstlich, streng in der Kur	Sehr gut erholt. Supraorbitalneuralgien.	Arsenikpill. Methylenblau, Nuc. moschat.	50	p.	Dämpfg. aufgehellt, nur nach willkürl. Hustenstössen auf d. Höhe des Inspiriums etw. Rasseln.
Anaemie. tium cord.	f.	— V.	K. Sp.	K. Sp.	165	165	—	Stiller, bescheidener, sehr ängstlicher Mensch	Colitis acuta.	Tinct. sem. Stroph. Bismuth. sal.	50	p.	Verbleibt zur weiteren Kur. Befund v. 26/XII. RVO Percussionston sehr wenig verkürzt. Abgeschw. Atemgeräusch.
—	f.	— V.	+ V.	+	$125\frac{3}{4}$	130 V.	$+4\frac{1}{4}$	Cholerisch, Hypochondrie	Heimweh. Erholt sich gut, es stellt sich Appetit ein, hier wird Milch vertragen.	Kefir	14	p.	Verbleibt zur weiteren Kur. Befund 30/XII. Weniger Rasseln sonst Status wie bei d. Aufnahme.

I. Stadiums.

Sonstige Kompli-kationen	Fieber Ein-tritt	Fieber Aus-tritt	Tbbc. Ein-tritt	Tbbc. Aus-tritt	Gewicht Ein-tritt	Gewicht Aus-tritt	Gewicht Diffe-renz	Character Temperament	Besonderes im Verlaufe der Anstaltskur	Besondere Behandlung	Kurtage	Resultat	Befund beim Austritt. Weiteres Ergehen
haryngitis granulosa	f.	—	+	—	$128\frac{1}{2}$	$132\frac{1}{2}$	+4	Sanguinisch, leichtlebig, intelligent	Fahrt nach Petersburg Dysmenorrhoe.	Kreosotal. Sapokaline, Phar: Jodglycerin.	192	p.	LHO kein Rasseln mehr, sonst Status idem. Ging aufs Land. Nach mehrmonatl. Besserung Nephritis parenchymatosa subacuta.
rvöse Er-gbarkeit abile Va-motoren	f.	f.	+	+	$129\frac{1}{4}$	$134\frac{3}{4}$	$+5\frac{1}{2}$	Sanguinisch, genau in der Kur, intelligent	Anfangs gut erholt, dann 2-wöchentl. Aufenthalt in Petersburg, seitdem Verschlechterung. Sehr starker Husten, fieberhafte Bronchitis.	Duotal. Extr. Hyosciam. Codein, phosp. Larynx: Cocain Inhalat.	162	n.	Das Rasseln hat zugenommen. Ging aufs Land. Erkältung. † 6 W. nach Austritt.
—	f.	—	+	—	$154\frac{3}{4}$	$168\frac{3}{4}$	+14	—	Erholt sich gut.	Ung. hydrarg.	85	p.	Kein Rasseln sonst unverändert. «Nach Exstirpation d. Supraclaviculardrüsen bis jetzt (1 J. nach Austritt) stets fieberfrei, subjectiv vollkommenes Wohlbefinden.
—	f.	—	4	1	128	134	$+6\frac{1}{2}$	Melancholisch. sauber und ordentlich, pflichtgetreu, intelligent. Genau in der Kur	—	Kreosot Ol. jecor. aselli wird nicht vertragen.	150	p.	Abschwächung d. Atemgeräusches nicht so deutl. wie beim Eintritt, das Rasseln hat abgenommen. Verlässt d. Sanatorium, um eine Kumyskur zu brauchen. Soll sich 7 M. nach Austritt relativ wohl befinden, siedelt in die Schweiz über.

Laufende № (Journal №)	Geschlecht, Alter, Stand	Hereditäre Momente	Anamnestische Daten	Wie lange krank	Habitus. Befund bei der Aufnahme	Tuberc. ande. Orga.
71 (67)	Frau N. 40 verheiratet	Beide Eltern Tuberpulm. † Alle Geschwister Tub. pulm.	Schwächl. Kind. Morbilli, Chlorose, 2 mal Influenza. Starker Husten, Nachtschweisse. Sehr unregelmässiges geselliges Leben.	2 J.	Habitus phthisicus exquisitus. R V und H O bis III. Rp. und bis c. 1 Finger breit unter Spina scapulae Dämpfg. Im Bereiche d. Oberlappens sehr abgeschw. Resp. m. zähem Rasseln, in der ganzen r. Lunge zerstreut Rhonchi. L V O Percussionston etw. verkürzt. etw. verl. bei tiefer Insp. vereinzelte Rhonchi. Dzr. = + Puls = 98.	Larynx filtrat Hinterw Ulcus a Stimmba
74 (71)	Herr N. 20 ledig	Mutter † an florider Tub.	Morbilli, Varicellae, Pertussis. Vor 10 Jahren Pneumonie, seit 3 J. Husten, Auswurf, Haemoptoe. War im vorigen J. im Sanatorium m. sehr gutem Erfolge. Seit 4 W. Husten, Nachtschweisse.	3 J.	Graciler Körperbau. R V Dämpfg. bis IV Rp. unter Clavicula pot félé. Wintrichscher Schallwechsel. Lautes Bronchialathmen m. conson. und metall. Rasseln. H O bis ½ Scapula Dämpfg. Bronch. Athmen, fein und mittelbl. conson. Rasseln. Dzr. = – Puls = 110.	Lymphade nitis sub maxillari
76 (73)	Frau N. 24 verheiratet	Vater † an florider Tub.	Sehr schwächl. Kind. Morbilli, Leberleiden. Neigung zu Katarrhen. Kopfschmerzen, Bronchitis chron. Nachtschweisse.	1 M.	Zarter Körperbau, sehr reduciert. R V und H O Dämpfg. bis III Rp. und Spina scapulae. Versch. Exsp. Reichl. nicht conson. Rasseln. Dzr. = – Puls = 100.	–
78	Herr N. 21 ledig	Vater Tub. pulm. †	Neigung zu Katarrhen. Erkältung, Influenza, Nachtschweisse.	3 M.	Mittlerer Körperbau. L V bis III Rp. H O bis Spina scapulae Dämpfg. Rauh. Insp. verl. Exsp.: Mittelbl. Rasseln. Auf Scapula pleur. Reiben, rauh. Athmen. Dzr. = – Puls = 80.	–
79 (75)	Herr N. 22 ledig	Vater Tub. pulm. †	Schwächl. Kind. Pertussis, Scarlatina. Neigung zu Katarrhen. Vor einigen W. Typh. abd. Schlechte hygien. Verhältnisse, Ueberarbeitg., Nachtschweisse. Immer schlechter Esser, Diarrhöen.	2 M.?	Hoch aufgeschossen. Habitus phthisicus exquisit. L V bis IV Rp. H O bis Angulus scapulae Dämpfg. Reichl. fein — und mittelbl. Rasseln. Bronchophonie. R V O rauh. und saccad. Athmen. Dzr. = + Puls = 110.	Darm?
80 (76)	Herr N. 19 ledig	Eltern des Vaters Tub. pulm. † Mutterbruder u. Mutterschwester Tub. pulm. † Vater Tub. pulm.	Scarlatina, Dysenterie. Trachitis vor 5 M. Ueberarbeitung (Examen) Profuse Haemoptoe, Nachtschweisse, Diarrhöen.	4 M.	Kräftiger Körperbau. H = 177. Th. = 86. Exc. = 9,0. R = 18. L V bis III Rp. H O bis Spina scapulae intens. Dämpfg. Reichl. mittelbl. nicht conson. Rasseln. R V O Knarren und Giemen. Dzr. = mässigen Grades. Puls = 100.	Darm?
82 (78)	Herr N. 24 ledig	Vater Lungenleiden.	M. 15 J. Typhus abd. Tonsillotomie. Oft Epistaxis. Häufige Excesse, sehr ausschweifendes Leben als Student. Erkältung bei Eisenbahnfahrt. Nachtschweisse Potus.	4 M.	Mittlerer Körperbau. Blässe. L V O Dämpfg. welche sich nach U und zur Seite bei Rp. fortsetzt. H O Spina scapulae intens. Dämpfg. Athemgeräusch abgeschw., mehr trockenes Rasseln, V unter Clavicula die Rasselgeräusche reichlicher sind d. Exsp. beigesellt. D Insp. meist v. einem lauten giemenden Ton begleitet, scheint aus d. Trachea zu stammen. Dzr. = – Puls = 100.	Larynx
83 (79)	Frau N. 37 verheiratet.	Vater Tub. lar. † Schwester Tub. pulm.	Morbilli, Varicellae, Typhus abd. M. 18 J. Pneumonie, m. 19 Haemoptoe. Dyspnoe, grosse Schwäche. V. 1 W. Curetement. d. Uterus.	6 J. bezügl. 19 J.	Graciler Körperbau, sehr reducierter Ernährungszustand. L V O intens. Dämpfg., sehr abgeschw. Athmen m. zähem Rasseln (Schrumpfung). R V bis III Rp. und H O bis Spina scapulae leichte Dämpfg. Abgeschw. Ins., verl. Exsp., feuchtes und trockenes Rasseln. Dzr. = mässige Grade. Puls = 100.	–

Sonstige Complicationen	Fieber		Tbbc.		Gewicht			Character, Temperament	Besonderes im Verlaufe der Anstaltskur	Besondere Behandlung	Kurtage	Resultat	Befund beim Austritt. Weiteres Ergehen
	Eintritt	Austritt	Eintritt	Austritt	Eintritt	Austritt	Differenz						
Schlechte Esserin Anaemie Neurasthenie Obstipation	F	f.	3	1.	120	124½	+4½	Cholerisch, unzufrieden sehr um sich besorgt.	Pat. erholt. Ulcus heilt.	Kreosot. Duotal. Guajacolvasogen äusserlich Kefir. Larynx: Acid. lact.	72	p	RV bis II Rp. HO bis Spina scapulae Dämpfg. Sehr abgeschw. Atmen m. wenig zähen Rasseln. L kaum etwas nachweisbar. Will sich nach Austritt einer Kumyskur unterziehen.
Stimmband Parese Herzklopfen	f	--	+	+	128	131	+3	Sanguinisch, leichtlebig, folgsam	Pat. erholt.	Kreosot, Ol. jecor. aselli Guajacolvasogen äusserl.	120	p.	RV Dämpfg. bis III Rp. m. tymp. Beiklang. Bronch. Atmen. HO bis ½ Scapula Dämpfg. nicht mehr so deutl. Atmen, feinbl. Rasseln. Ging aufs Land. Später nach Davos, befindet sich wohl.
Ren mobil. dent. Basedow. Anaemie Laryngitis sicca m. verd. Stimmband	f.	—	+	+	108¼	122½	+14¼	Sanguinisch, sehr leichtlebig u. unbedacht	Erholte sich sehr gut, darauf gegen Erlaubnis Bootfahrt u. Bergsteigen starke Erkältung, heftiger Husten.	Arsenik. Extr. Hyosciam. Dionin.	150	p.	RV bis III Rp. HO Dämpfg. angedeutet bis Spina scapulae. Verl. Exsp. weniger Rasseln. 5 M. nach Austritt Wohlbefinden, hat nur an Gewicht abgenommen.
—	—	—	—	—	160	163	+3	Ruhig. einsichtsvoll bescheiden, intelligent	Fahrt nach Petersburg in Wehrpflichtsangelegenheiten.	—	7	—	Subjectiv etwas gebessert. Beim Aufenthalt in Petersburg starke Erkältung kann daher nicht zurückkehren. Nach Genesung zieht Patient in die Krim.
Anaemie Nervöse Unruhe Agrypnie	F.	f.	+	+	151	152½	+1½	Melancholiker, ängstlich, bescheiden	Darm erheblich gebessert.	Bismut. Trional.	27	p.	Subjectiv etwas gebessert. Ging zur weiteren Erholung aufs Land.
Pharyngo-Laryngitis. Leicht Ermüdung und Dyspnoe	F.	f. V	3—5	2 V	177¾	182½ 190	+4¾	Phlegmatisch, sehr pflichtgetreuer, ernster Mensch, intelligent	Erholt sich gut. Temperaturen normal. Seit 20/XII. erhöht, weil Perityphlitis,	Kreosot. Ol. jecor. aselli, Perco. Guajacolcarbonat. Bismut. sal. Extr. Bellad.	218 V	n.	Verbleibt zur weiteren Kur. Befund v. 29/XII. LV Dämpfg. über Clavicula, unterhalb sich bei III Rp. allmählich aufhellend. HO bis Spina scapulae. Rasseln geringer nur bei tieferen Inspirationen.
Nervöse Erregbarkeit. Abusus spirituosus	f.	—	4—6	+	154	170½	+16½	Choleriker, sehr unvorsichtig intelligent	Leichte Pleuritis. Gut erholt. Fahrt nach Petersburg, Abusus spirituosus, Kur abgebrochen, wegen Langerweile u Unzufriedenheit.	Cantharidin. Kreosot. Kefir. Larynx: Mentholglycerin, Parachlorphenol.	115	p.	Bedeutende Hebung d. Allgemeinzustandes. LV Dämpfg. sehr viel geringer. Mittelbl. nicht mehr so reichl. Rasseln ohne Consonanz.
—	—	—	4—7	+	86¾	88½	+1¾	Cholerisch, unruhig, intelligent.	Fahrt nach Petersburg.	Kreosot-Arsenikpillen. Jodvasogen äusserl.	52	p.	Hebung des Allgemeinbefindens. Lokal keine wesentl. Veränderung. Zieht in einen Badeort nach Deutschland.

Laufende № (Journal №)	Geschlecht, Alter, Stand	Hereditäre Momente	Anamnestische Daten	Wie lange krank	Habitus. Befund bei der Aufnahme	Tuberculose anderer Organe
92 (88)	Frl. N. 40	4/5 Vater Tub. pulm. † Schwester Tub. pulm.	Pleuritis vor 1 J. Haemoptoen. Kur in Davos, St. Blasien u. Lindheim. Verdauung schlecht, Kalbfleisch u. rohe Milch werden nicht vertragen.	6 J.	Mittlerer Körperbau, leichte Kyphoskoliose. H = 149. Th. = 79. Exc. = 3,5. R V bis III Rp. und H O Dämpfg. Bronch. Athmen, fein — und mittelbl. Rasseln. L V und H O leichte Dämpfg., Rasseln. Dzr. = — Puls = 80.	—
96 (92)	Frau N. 22 verheiratet	3 Vaterbrüder Tub. pulm. † Bruder Tub. pulm.	Chlorose, Heftige Menstrualblutungen. Malaria, Meningitis, Oophoritis. Ueberarbeitung beim Studium (cand. chem.) vor 4 J. 4 mal Haemoptoe. 10 mal Pleuritis. Kumyskur. Nachtschweisse, Fieber.	4 J.	Habitus neurasthenicus, Kyphoskoliose, sehr reduciert. R. V. bis III Rp. H O bis 1/2 Scapula Dämpfg. abgeschw. rauh. Athmen, fein — und mittelbl. Rasseln. L V O Percussionston etw. verkürzt, schwaches Resp. Dzr. = + Puls = 94.	—
105 (99)	Frl. N. 24	8/13 Mutter Lungenentzündung †	Morbilli, Varicellae, Skrophulose. M. 16 J. Chlorose. Vor 4 J. Influenza. Haemoptoen, Nachtschweisse. Ueberanstrengung bei Pflege der Mutter. Glaubt inficiert zu sein.	4 J.	Mittlerer Körperbau. H = 152. Th. = 76 1/2. Exc. = 50. R O eingesunken, bleibt nach beim Athmen. V wie H Dämpfg. Abgeschw. Athmen m. Exsp., Knacken. L V bis III Rp. H O bis Spina scapulae Dämpfg. m. tymp. Beiklang. Hacch. Exsp., reichl. fast. cons. Rasseln. Dzr. = — Puls = 90.	—
107 (101)	Frl. N. 35	—	Schwächl. Kind. Pertussis, Varicellae, Morbilli, Pleuritis. Typhus abd. Vor 31 J. Influenza, Darmleiden. Starker Husten, Neigung zu Katarrhen Haemoptoen. War vor 1 J. im Sanatorium Halila.	3 J.	Kräftiger Körperbau. H = 161 1/2. Th. = 82 1/2 Exc. = 3,0. L V bis III Rp. und H O bis Spina scapul. intens. Dämpfg. Im Oberlappen reichl. zähflüssiges nicht conson. Rasseln. R V O leichte Dämpfg., trockene Rhonchi. Dzr. = — Puls = 90.	Larynx

K r a n k e d e s

19	Herr N. 20 ledig	1 Bruder Tub. pulm. †	Vor 9 J. Fractur d. Oberschenkels. Vor 5 M. Pneumonie LU Husten Nachtschweisse, Fieber.	4 M.	Kräftiger Körperbau. RHU vom unt. 1/3 Scapulae Dämpfg., bronch Atmen, kling. Rasseln. Im L Interscapularraum Dämpfg. zähes Rasseln. Dzr. = + Puls = 60.	—
29	Herr N. 33 ledig	Vater Dementia paralyt.	Excesse in Nicotin, Baccho, Venere, mehrmals Gonorrhoe. Lues. Rheum. art. m. Endocarditis. Vor 7 M. Erkältung auf d. Jagd, Husten, Nachtschweisse.	6 M.	Mittlerer Körperbau. Rhachit Difformität d Thorax. R. starke Convexität, LO Abflachung, schleppt nach. Th. = 83. Exc. = 4,0. LV bis IV Rp. HO bis 2/3 Scapulae Dämpfg. bronch. Atmen, conson. kleinbl. Rasseln. RHU Dämpfg., verl. Exsp. Dzr. = + Puls = 130.	—
49	Frl. N. 20	—	Immer blutarm. Angeblich nur 4 M. Husten, Fieber, Haemoptoe.	4 M.	Mittlerer Körperbau, L schleppt nach. V durchweg gedämpft namentl. LH LO ebenfalls Dämpfg. bis 1/2 Scapula. Reichl. Rasseln, abgeschw. Atmen. L in medial. Partie kleinbl. conson. Rasseln. Dzr. = ? Puls = 120.	Larynx: Ulcus Epiglottidis. starres Infiltrat.
55	Frl. N. 26	Bruder Tub. pulm. †	Vor 3 J. m. Husten und Fieber erkrankt, Besserung nach Kumyskur. Seit einigen M. Husten, Abmagerung, Brustschmerzen. War im Sanatorium, gute Besserung, dann in Petersburg, sehr unvorsichtig, sehr krank zurück Haemoptoen, Nachtschweisse.	3 J.	Graciler Körperbau, Blässe. H = 153. Th. = 74,5. Exc. = 5,0. LV Dämpfg. bis IV Rp. reichl. fein- und mittelbl. conson. Rasseln. RH Dämpfg. von 1/2 Scapula nach U., verstärkter Stimmfremitus. Bronch. Atmen, mittel- und grobbl. conson. Rasseln. Dzr. = + Puls = 120.	Pleuritis.

Sonstige Complicationen	Fieber Eintritt	Fieber Austritt	Tbbc. Eintritt	Tbbc. Austritt	Gewicht Eintritt	Gewicht Austritt	Gewicht Differenz	Character, Temperament	Besonderes im Verlaufe der Anstaltskur	Bessndere Behandlung	Kurtage	Resultat	Befund beim Austritt. Weiteres Ergehen
Anaemie Nervöse Dyspepsie Empfindlichkeit d. oberen Luftwege	—	— V.	+	+ V.	$189\frac{3}{4}$	$139\frac{3}{4}$ V.	—	Lebhaft intelligent streng in der Kur	Leicht Ermüdung. Oft Bronchitiden.	Sol. arsenic. Fowl. Condurango. Emser-krähnchen.	143	p.	Verbleibt im Sanatorium. Befund v. 29/XII. R. Dämpfg. wenig intensiv. L. Dämpfg. aufgehellt. In beiden Spitzen weniger Rhonchi.
Anaemie Nephritis Hystero-Neurasthenie.	f.	—	4–5	4	124	121	—3	Lebhaft, unruhig intelligent	Schwere Gemütsbewegungen. Hysterische Krämpfe. Agrypnia Fahrt nach Petersburg Kur wegen Erkrankung d. Mannes abgebrochen.	Arsenik subcutan.	28	—	Status idem.
—	f.	— V.	+	+ V.	$121\frac{1}{4}$	$133\frac{1}{4}$	+12	Phlegmatisch, ängstlich, zufrieden gleichmässig. Sehr genau in der Kur	Ausgezeichnet erholt.	Kreosot, Ol. jecor. aselli.	72 V.	p.	Verbleibt im Sanatorium. Befund v. 29/XII: R Status idem L Dämpfg. aufgehellt. Resp. fast rein ves., wenige Rhonchi.
Naso-Pharyngitis chron.	f.	—	+	+	159	157	—2	Lebhaft, sehr um sich besorgt	Starker Husten. Leichter Rheumatismus.	Guajacolcarbonat, Codein phosp. Dionin. Sapokalinus. Resorcininhalation.	43	p.	Lokal keine wesentl. Veränderung. Weniger Rasseln, im l. Unterlappen keine Rhonchi mehr Setzt die Kur anderweitig fort.

III. Stadiums.

Sonstige Complicationen	Fieber Eintritt	Fieber Austritt	Tbbc. Eintritt	Tbbc. Austritt	Gewicht Eintritt	Gewicht Austritt	Gewicht Differenz	Character, Temperament	Besonderes im Verlaufe der Anstaltskur	Bessndere Behandlung	Kurtage	Resultat	Befund beim Austritt. Weiteres Ergehen
—	F.	F.	+	+	$167\frac{1}{2}$	nicht gewogen	—	Phlegmatisch, unvorsichtig, intelligent	—	Kreosot. Salicylarsenikpillen.	385	n.	Ueberall kleinbl. Rasseln. RH Dämpfg. aufgehellt. † zu Hause 2 Monate nach d. Austritt.
Anaemie Neuritis Lues	f.	—	+		$134\frac{3}{4}$			Cholerisch, leichtlebig, intelligent	Mehrere Fahrten nach Livland, stets Excesse. Zeitweilig Besserung, dann fortschreitender Zerfall.	Kreosot-Arsenikpillen Haematogen. Antipyretica u. Antalges. Zuletzt Excitantien.	695	n.	Hoffnungslos.
Anaemie	F.	f.	+	+	$116\frac{1}{4}$	$131\frac{3}{4}$	$+15\frac{1}{2}$	Still, pflichttreu, streng in der Kur	Stetige auffallende Besserung, Hebung des Allgemeinzustandes.	Kefir. Kreosot. Larynx: 20% Mentholläsg. Acid. lactis.	248	p.	RVO u. HO Dämpfg. L idem u. auch Dämpfg am medial. Rande seitl. m. tymp. Beiklang. Ueberall abgeschw. Atmen auf d. gedämpften Partien. R. trockene Rhonchi. Ging nach Petersburg. Wohlbefinden. † 6 M. nach Austritt an Meningitis basilaris.
Anaemie Schwere eurasthe-e. Herz-schwäche ostipation	F.	f.	+	+	105	nicht gewogen	—	Sanguinisch, leichtlebig	Fortschreitender Zerfall. Amyloid von Leber u. Milz.	Salicyl-Arsenikpillen. Pyramidon. Campherinjection nach Alkander	116	n.	Ging aufs Land. † 1 M. nach Austritt.

Laufende № (Journal №)	Geschlecht, Alter, Stand	Hereditäre Momente	Anamnestische Daten	Wie lange krank	Habitus. Befund bei der Aufnahme	Tuberculose anderer Organe
57	Herr N. 19 ledig	Beide Eltern u. Schwester Tub. pulm. †	Sehr schwächl. Kind. Vor 1½ J. Haemoptoe, seit 2 M. hohes Fieber.	1½ J.	Habitus phthisicus exquisitus. H = 186. Th. = 83. Exc. = 2,3. L durchweg Dämpfg. bronch. und broncho-ves. Atmen. mittl. und feinbl. zum Teil kl. Rasseln. RV und HO Dämpfg., Rasseln. Dzr. = + Puls = 124.	Darm. Fistula inframaxill.
59	Frau N. 46 verheiratet	Mutter Tub pulm. †	Vor 26 J. mässige Haemoptoe, Husten, Abmagerung, vor 6 J. Tb. bc. 6 mal in Meran mit Erfolg zur Kur. Seit einigen W. Befinden schlecht, Husten, Fieber, Appetitmangel.	26 J.	Habitus phthisicus exquisitus, hectische Wangenröte. RV Dämpfg. — IV Rp. HO bis ⅔ Scapulae. Bronch. Atmen, zieml. reichl. conson. und einige metall. kl. und mittelbl. Rasselgeräusche. L in Fossa supraclavicularis leerer Schall auch unter Clavicula verkürzt. Versch. Atmen, auf der unt. ⅓ Scapula Zone m. giemenden und schnurrenden Geräuschen. Puls = 86.	—
61 (60)	Herr N. 39 Wittwer	Frau † an florider Tub.	Vor 2 J. Husten, Fieber, Kur in Falkenstein und Davos brachte Besserung, seit 5 W. Fieber, Husten, Nachtschweisse, Dyspnoe. Haemoptoen.	2 J.	Mittlerer Körperbau. Hectische Wangenröte. H = 164. Th. 81,5. Exc. = 3,0. LV Dämpfg. bis V Rp. Bronch. Atmen, sehr reichl. grob- und mittelbl. conson. Rasseln. H Dämpfg. bis Angulus scapulae. Leises bronch. Atmen, reichl. grob und und mittelbl. Rasseln, fein und mittelbl. nicht conson. Rasseln bis unt. Lungenrand. RVO Dämpfg. bis II Rp., Hauch. Exsp. giemende und schnurrende Geräusche, sowie fein. Rasseln bis IV Rp. H Dämpfg. bis Spina scap. Hauch. Exsp., spärl. giemende Geräusche. In medial. Partie feines nicht conson. Rasseln. Dzr. = + Puls = 84.	Darm.
63 (48)	Frau N. 26 verheiratet	—	M. 11 J. Typh. abd., vor 1 J. Influenza. War im Sanatorium, wurde gebessert entlassen, war in Petersburg sehr unvorsichtig, Erkältung, starker Husten, Nachtschweisse.	1 J.	Habitus phthisicus, sehr reduciert. H = 161. Th. = 74. Exc. = 3,0. LVO Dämpfg. Versch. Atmen, Giemen. H durchweg Dämpfg. Bis ½ Scapula Atemgeräusch durch Schnurren und Giemen verdeckt, von da bronch. m. conson. mittl. und grobbl. Rasseln. Dzr. = + Puls = 112.	—
67 (28)	Herr N. 23 ledig	Vaterschwester Tub. pulm. †	Pertussis, Morbilli, Otitis. Vor 5 J. eine Zeitlang Fieber. Haemoptoe vor 14 Monat. Nachtschweisse, war im Sanatorium ging nach Meran? kehrt von dort sehr verschlimmert zurück.	14 M.	Mittlerer Körperbau. Sehr reduciert. L durchweg Dämpfg. VO bis III Rp. ves. bronch. Atmen m. mittl. Rasseln. abwärts bis U. bronch. m. mittl. Rasseln. HO rauh. Atmen, mittl. Rasseln, abwärts fast bronch. Stimmfremitus LV aufgehoben. Dzr. = + Puls = 120.	Darm.
69 (68)	Herr N. 25 ledig	Vater Tub. pulm. † Mutter ¹⁰⁄₁₀	Scarlatina Vor 2 J. starke Erkältung. Ueberarbeitung in schlechten Verhältnissen. Mehrmals Haemoptoen. Nachtschweisse, Fieber, Husten.	1 J.	Habitus phthisicus exquisit. Rhachit. Thorax. RV bis IV Rp. HO bis ½ Scapula Dämpfg. Ves. bronch. über Clavicula amphor. Atmen u. fein- und grobbl. Rasseln. LVO bis II Rp. Dämpfg. Rauh. Atmen u. feinbl. Rasseln. HO bis Angulus Scapulae tymp. Rauh. Atmen u. feinbl. Rasseln. Dzr. = + Puls = 110.	—
72 (69)	Herr N. 27 ledig	Bruder Tub. pulm. †	Vor 1 J. starke Erkältung, Fieber, Husten, Nachtschweisse, Verdauungsstörung. Sommer Kumyskur m. Erfolg. Haemoptoen Patient will inficiert sein.	1 J.	Mittlerer Körperbau, sehr reduciert. RV tymp. Dämpfg. bis V Rp. H bis unt. ⅓ Scap. Dämpfg. bronch. Atmen, conson. metall. Rasseln. L über Clavicula u. Spina scapulae Dämpfg. m. abgeschw. Atmen, mittel- u. feinbl. Rasseln. Dzr. = + Puls = 120.	Darm.
77 (74)	Herr N. 36 verheiratet	—	Morbilli. Frühzeitig Excesse. Polyartha. rheum. Gonorrhoe, 3 mal Pneumonie. Seit 1½ J. Husten, Nachtschweisse. Vor 3 W. Haemoptoe. Potus.	1½ J.	Mittlerer Körperbau. Guter Thorax. RV u. HO über Clavicula u. Spina scapulae tymp. Dämpfg. Abgeschw. unbest. Atmen, verl. Exsp., Giemen u. trockene Rhonchi. H überall bes. Mittellappen, mittelbl. Rasseln. LVU Giemen u. Knarren. Dzr. = + Puls = 90.	—

Sonstige Complicationen	Fieber Eintritt	Fieber Austritt	Tbbc. Eintritt	Tbbc. Austritt	Gewicht Eintritt	Gewicht Austritt	Gewicht Differenz	Charakter Temperament	Besonderes im Verlaufe der Anstaltscur	Besondere Behandlung	Kurtage	Resultat	Befund beim Austritt. Weiteres Ergehen
Anaemie.	F.	—	+	—	147	—	—	Sanguinisch, leichtlebig u. heiter.	Fortschreitende Erweichung. Streptococcen.	Arsenik-Salicylpillen. Bismuth sal. Ichtalbin. Ichtyol.	100	n.	† in der Anstalt.
Herzschwäche. Dyspnoe. Atonie des Magens.	f.	—	+	+	108	108	—	Sehr lebhaft, zufrieden, genau in der Kur, heiter.	Herzschwäche bedeutend gebessert. Kur wegen Erkrankung des Mannes abgebrochen.	Digitalis. Condurango.	89	p.	Subjectiv erheblich gebessert. Local keine wesentl. Veränderung, weniger Rasseln. † in Petersburg am Herzschlage, nach heftiger Gemütsbewegung.
—	F.	F.	+	+	141½	nicht gewogen.	—	Phlegmatisch, leichtlebig.	Starke Dyspnoe. Stetiges Fortschreiten des Processes.	Salicyl-Arsenikpillen. Sulfonal. Pyramidon. Morphium. Bismuth sal. Argill. dep.	70	n.	Wird nach Petersburg ins Hospital übergeführt. † 4 W. nach Austritt.
Schwere Anaemie. Dyspnoe.	F.	—	+	+	124	121¾	—2¼	Cholerisch, sehr leichtlebig, genau in der Kur.	Anfangs sehr schwach, erholt sich Patientin gut und fühlt sich subjectiv wohl.	Pyramidon mit gutem Erfolg. Kefir. Guajacolcarbonat.	121	?	Subjectiv sehr gebessert. Will eine Kumyskur brauchen, erkältet sich auf d. Reise u. gerät nach d. Strapazen derselben in sehr ungünstige Verhältnisse. † 6 W. nach Austritt.
Schwere Neurasthenie. Anaemie.	F.	—	+	—	—	—	—	Unruhig, bescheiden u. duldsam.	Rapides Fortschreiten des Processes in Lungen u. Darm. Pneumothorax.	Pyramidon. Bismuth. sal. Heroin.	82	n.	† an Miliartuberkulose in der Anstalt.
Bothriocephalus latus. Dyspnoe.	f.	—	+	+	120¼	121¾	+1½	Sanguinisch, bescheiden u. folgsam.	—	Guajacolvasogen äusserlich. Kefir.	35	p.	Subjectiv gebessert. Weniger Rasseln sonst idem.
Anaemie.	F.	F.	+	+	145	nicht gewogen.	—	Melancholisch aufgeregt.	—	Arsenik-Salicylpillen. Pyramidon. Bismuth sal. Tannigen	21	—	Lokal keine wesentl. Veränderung. Geht nach Petersburg in Hospitalbehandlung.
Obstipation. Nasopharyngitis chron.	f.	f.	+	+	154	153¾	+1¾	Phlegmatisch, leichtlebig.	Abusus spirituosus, daher Kur abgebrochen.	Kreosot. Extr. fluid. Cascar. Sagrad. Calomel.	50	p	RO. Dämpfg. Abgeschw. Atmen verl. Exsp. H. mittelbl. Rasseln im Bereiche d. Mittellappens. LVO. Giemen.

Laufende № (Journal №)	Geschlecht, Alter, Stand	Hereditäre Momente	Anamnestische Daten	Wie lange krank	Habitus. Befund bei der Aufnahme	Tuberculose anderer Organe
73 (70)	Frl. N. 36	Mutter u. Schwester Tub. pulm. † Vater Tub. pulm. lebt, Schwester Tub. pulm. geheilt.	Morbilli, Pertussis, Diphtherie. Vor 2 J. Typhus abd. 3 mal Pleuritis. Vor 1 J. letzte Pleuritis, seitdem Husten, Fieber. Haemoptoe vor 1 M. u. Nachtschweisse, Heiserkeit seit 1 M.	1 J.	Graciler Körperbau. H = 153. Th. = 73. Exc. = 4,5. R = 24. RVO Dämpfg. bis Clavicula, unterh. Percussionston verkürzt bis II Rp.: Versch. Respirium, giemende Rhonchi. RUS Dämpfg., abgeschw. Athmen. Dzr. = — Puls = 110.	—
75 (72)	Frl. N. 22	Vater Tub. lar. † 2 Mutterschwestern Tub. pulm. †	Schwächl. Kind. Morbilli, Scarlatina. Pertussis, Petechien u. Macula im 12 J. Chlorosis, heftige Menstrualblutungen. Epistaxis. Vor 2 J. Dysenterie, v. 1 J. Scorbut? Heftige Gemüthsbewegungen, Haemoptoen. Absoluter Appetitmangel.	1 J.	Mittlerer Körperbau. Guter Ernährungszustand. Blässe. RHO Percussionston verkürzt etwa bis 1 Finger breit über Spina scapulae. Unbest. Athmen, vereinzelte knarrende Rhonchi. Dzr. = — Puls = 98.	Lymphadenitis[sic?] submax.[sic?] supraclav. et[sic?] cervicalis
81 (77)	Herr N. 35 verheiratet	Vater Tub. pulm. †	Morbilli. Vor 20 J. Haemoptoe, seitdem stets etwas Husten. Vor 8 J. Pneumonie, vor 6 J. Nephritis, vor 4 M. Influenza-Pneumonie im r. Unterlappen, Pleuraexsudat, Lungenabscess, Thoracotomie vor 3 M.	4 M. bezüglich 20 J.	LVO etw. saccad. Athmen. RV Dämpfg. von III Rp. abwärts, Athemgeräusch abgeschw., Exsp. lauter als normal. H im V IC rundl. nach H zu gehende m. Granulationen ausgekleidete etwa 2 cm. grosse Operationswunde aus der sich Eiter entleert. Puls = 110.	—
86 (82)	Herr N. 38 verheiratet	—	Stets Neigung zu Katarrhen. Vor 1 M. mehrfach Haemoptoen. Vor 2 W. profuse Haemoptoe, Husten, Nachtschweisse.	1 M.	Mittlerer Körperbau. RVO über u. unter Clavicula leichte Dämpfg. nach abwärts sich aufhellend, abgeschw. Athmen, Stimmfremitus verstärkt. HO ebenfalls Dämpfg., abgeschw. Athmen, feucht trockenes Rasseln. Dzr. = — Puls = 100.	—
87 (83)	Herr N. 33 verheiratet	—	Neigung zu Katarrhen, im letzten Jahr morgens Husten. Ueberarbeitung im Beruf (Prediger). In letzter Zeit Agrypnie.	1 J.	Mittlerer Körperbau. Thorax gut gebaut. LVO Dämpfg. über Clavicula. RVO. Percussionston gleichfalls verkürzt. Beiderseits, l. mehr, rauhes Athmen, trockene Rhonchi. Dzr. = — Puls = 82.	—
88 (84)	Herr N. 18 ledig	Muttervater Tub. pulm. † 83 J. Bruder Tub. pulm. † Schwester Tub. pulm. geheilt	Morbilli. Oft Epistaxis. Auch Eltern u. Geschwister leiden sehr oft an Epistaxis. Haemoptoen, Nachtschweisse.	3 M.	Graciler Körperbau. Zieml. flacher Thorax. H = 172 cm. Th. = 85. Exc. 3,0. R. = 21. RVO bis II Rp. HO in Fossa supraspinata Dämpf., abgeschw. Athmen m. mittelfeinem Rasseln. LVO abgeschw. unbest. Athmen. Dzr. = + ? Puls = 96.	Larynx: Infiltrat der Reg. interarytaen. u. wahren Stimmbänd.
93 (89)	Frl. N. 30	Schwester Lungenleiden †	Morbilli, Scarlatina, Pertussis. Diphtherie, Erysipel. Häufige Kopfschmerzen. Neigung zu Katarrhen, Epistaxis, Obstipation. Vor 4 W. Erkältung, Athemnoth.	4 W. bez. 8 J.	Graciler Körperbau. H = 155. Th. = 73. Exc. 3,0. R = 23. RVO Dämpfg. bis Clavicula, unterh. Percussionston etw. verkürzt. Höher mittelbl. Rasseln. LVO Percussion wenig verkürzt. Knarren u. Giemen. Dzr. = — Puls = 110.	—
95 (91)	Frl. N. 23	Mutter Morphinistin. Patientin Frühgeburt $^{8}/_{9}$. Bruder Tub. pulm. †	Morbilli, Pertussis. Typhus abd. i. 14 J., seitdem kränkl. Geschwüre? im Halse 5 Jahre lang. Vor 4 J. Cystitis, Chlorosis. Oft Migräne mit Erbrechen. Vor 3 J. Pleuritis. Vor 4 M. kleine Haemoptoe, Nachtschweisse, Obstipation.	4 M.	Mittlerer Körperbau. Blässe. H = 159. Th. = 77. Exc. = 6,0. R = 20. RVO bis III Rp. HO in Fossa supraspinata. Dämpfg. Unbest. Athmen mit verl. Exsp., wenig Rasseln. Athemgeräusch R durchweg schwächer als L, auf Scapula Knarren. Dzr. = — Puls = 100.	—
102 (65)	Herr N. 29 verheiratet	Vater Tub. pulm. †	War 6 M. vor Eintritt bereits im Sanatorium, hatte sich anfangs in der Zwischenzeit sehr wohl befunden, darauf mehrfach Erkältung, Influenza, Ueberarbeitung (cf. Nr. 67).	10 M.	Mittlerer Körperbau. H = 165½. Th. = 85. Exc. = 4,0. R = 18. RV u. HO Dämpfg., abgeschw. rauhes Athmen. LVSU etw. unbest. Athmen. Dzr. = — Puls = 76.	—

Sonstige Complicationen	Fieber		Tbbc.		Gewicht			Character, Temperament	Besonderes im Verlaufe der Anstaltskur	Besondere Behandlung	Kurtage	Resultat	Befund beim Austritt. Weiteres Ergehen
	Eintritt	Austritt	Eintritt	Austritt	Eintritt	Austritt	Differenz						
Nervosität. Pharyngolaryngitis sicca.	f.	—	3—4	2	116	121	+5	Phlegmatisch, intelligent, gleichmässig, genau in der Kur	Gut erholt. Anfangs starker Husten. Oft Herzklopfen.	Guajacolcarbonat, Guajacolvasogen äusserlich. Kefir. Phar.: Jodglycerin	94	p.	RVO Dämpfg. aufgehellt, etw. versch. Respirium, keine Rhonchi. Zog zum Sommer nach Terijoki, befand sich sehr wohl. Nach starker Erkältung Verschlimmerung, kehrt ins Sanatorium zurück.
Anaemie	f.	—	1—2	—	$146\frac{1}{2}$	$156\frac{1}{2}$	+10	Phlegmatisch, leichtlebig	Ausgezeichnet erholt. Es stellt sich vorzügl. Appetit ein (bis 26 Glas Milch). Fahrt nach Petersburg.	Kreosot, Ol. jecor. aselli Pil. Blaudii, Ung. kal. jodat.	75	p.	RHO scheint das Exsp. etw. verlängert, nirgends Schalldifferenz. Befindet sich 6 M. nach Austritt vollkommen wohl.
Albuminurie. Eczema	F.	—	—	—	$171\frac{1}{4}$	$193\frac{1}{2}$	$+22\frac{1}{4}$	Phlegmatiker, gleichmütig, zufrieden, solide u. pflichttreu.	Ausgezeichnet erholt.	Verbände. Past. Lassar.	58	p.	L nichts mehr nachweisbar. RV von IV Rp. H von VI—VII Rp. an Dämpfg., abgeschw. Atmen und Stimmfremitus etwas abgeschw. Befindet sich 7 M. nach Austritt vollkommen wohl, hat in dieser Zeit eine Reise nach Amerika gemacht.
Anaemie. Neurasthenie. Laryngitis simpl.	f.	—	—	—	$135\frac{3}{4}$	$160\frac{3}{4}$	+15	Choleriker, sehr ängstlich u. unruhig, sehr um sich besorgt	Ausgezeichnet erholt.	Kefir, Soden, Dionin	62	p.	RVO sehr geringe Dämpfg. nach abwärts zu sich aufhellend ebenso HO in Fossa supraspinata, abgeschw. Atmen, kein Rasseln. Ging zur weiteren Kur in die Schweiz.
Laryngitis	f.	—	1	—	$147\frac{1}{2}$	$158\frac{1}{4}$	$+10\frac{3}{4}$	Phlegmatiker, leichtlebig	Gut erholt. Oft unvorsichtig.	Tinct. Gelsem. Kefir. Guajacolvasogen äusserlich	44	p.	Dämpfg. beiderseits aufgehellt, Atmung etw. rauh, keine Rhonchi. 7 M. nach Austritt Wohlbefinden, nachdem Patient sich eine Zeit lang schlecht gefühlt infolge von Erkältungen und Berufsthätigkeit.
Häufige Epistaxis	f.	— V.	2	— V.	141	150 V.	+9	Phlegmatiker, leichtlebig, genau in der Kur	Anfang sehr gut erholt. Mitte December Influenza. Anfang sehr starker Husten. Fahrt nach Petersburg.	Tinct. Gelsem. Codein. phosph. Dionin mit gutem Erfolg. Kefir. Larynx: Mentholöl 10—20%	169	n.	Patient verbleibt im Sanatorium. Befund v. 12/XII. RVO Dämpfg. aufgehellt, etw. abgeschw. Atmen, verl. Exsp. keine Rhonchi.
Anaemie. Erregbarkeit der Nerven u. Vasomotoren. Tachycardie, Agrypnie. Oft Epistaxis	f.	— V.	+	— V.	$117\frac{3}{4}$	$132\frac{1}{4}$	$+15\frac{1}{2}$	Sanguinisch. Genau in der Kur	Ausgezeichnet erholt. Fahrt nach Petersburg. Zeitweilig Schlaflosigkeit und Kopfschmerzen.	Arsenik	136 V.	p.	Verbleibt zur weiteren Kur. Befund vom 28/XII. Dämpfg. aufgehellt, Atmung beiderseitig etw. rauh.
Anaemie. Retroversio uteri, Para- u. Endometritis. Obstipation.	f.	—	+	—	$134\frac{1}{2}$	$148\frac{3}{4}$	$+14\frac{1}{4}$	Phlegmatisch, gleichmütig zufrieden	Ausgezeichnet erholt. Alle Beschwerden geschwunden.	Kreosot-Arsenikpillen, Kefir. Gynaecologische Behandlung	72	p.	Dämpfg. aufgehellt. Respirium etw. abgeschw., kein Rasseln. Befindet sich 2 M. nach Austritt nach den Strapazen einer 14-tägigen Reise vollkommen wohl.
Pityriasis versicolor	—	— V.	—	—	153	164	+11	Phlegmatiker, einsichtsvoll, solid	—	Kreosot, Ol. jecor. aselli.	86 V.	p.	Verbleibt zur weiteren Kur. Befund v. 29/XII. Aufhellung d. Dämpfg.

Laufende № (Journal №)	Geschlecht, Alter, Stand	Hereditäre Momente	Anamnestische Daten	Wie lange krank	Habitus. Befund bei der Aufnahme	Tubercul. anderer Organe
104 (98)	Frl. N. 28	Mutter u. Vater Lungenleiden? †	Siebenmonatskind. Morbilli, Varicellae, Pertussis, Influenza. Dysenterie. M. 10 J. Pneumonie. 2 mal Haemoptoen, darauf Kur im Sanatorium Lindheim.	10 M.	Graciler Körperbau, abfallende Schultern. Thorax lang u. schmal, Pectus carinat. H = $166^1/_2$. Th. = 77. Exc. = 6,0. R = 20. RVO leichte Dämpfg., oben u. unter Clavicula. HO Percussionston verkürzt m. tymp. Beiklang. LVO Percussionston wenig verkürzt. Beiderseits auffallend saccad. Atmen, einzelne Rhonchi. Dzr. = — Puls = 78.	—
106 (100)	Frau N. 38 verheiratet	Patientin $^5/_6$ Mutter Lungenentzündung †	Morbilli. M. 15 J. Pneumonie. Oft Migräne. Seit 1 M. Nachtschweisse Fieber.	1 M.	Kräftiger Körperbau. Guter Ernährungszustand. H = $167^1/_2$. Th. = 90. Exc. = 3,0. R = 19. RV u. HO über Clavicula u. Spina scapulae Dämpfg. unter Clavicula Percussionston wenig verkürzt. Unbest. Atmen, kleinbl. Rasseln, auf d. ganzen r. Lungenoberfläche Rhonchi sibilant. Dzr. = — Puls = 80.	—
109 (103)	Herr N. 42 ledig	Patient $^5/_6$. Schwester Tub. pulm. †	Vor 20 J. Polyarthritis rheum. War vor $1^1/_2$ J. 5 W. im Hospital, weiss jedoch nicht anzugeben woran er gelitten. Beschwerden, Athemnoth u. Herzklopfen.	1 M	Mittlerer Körperbau. Blässe. H = 168. Th. = $86^1/_2$. Exc. = 5,0. R = 21. RV u. HO über Clavicula u. Spina scapulae leichte Dämpfg.. Abgeschw, unbest. Atemgeräusch. LVO Suspect. Dzr. = — Puls = 80.	—
112 (104)	Frau N. 23 verheiratet	—	Chloresis. Schlechte Esserin. Nachtschweisse, Fieber, Husten. Milch wird nicht vertragen.	6 W.	Graciler Körperbau. Blässe, Thorax lang u. schmal. H = $164^1/_2$. Th. = $74^1/_2$, Exc. — 5,5. R = 20. RV u. HO bis II Rp. u. $^1/_2$ Scapula Dämpfg. Unbest. Atemgeräusch m. verl. Exsp. u. Rasseln. Dzr. = — Puls = 96.	—

Kranke des

51	Frl. N. 35	Vater Potator Tub. pulm. †	Seit 14 M. Husten, Fieber, Abmagerung, Nachtschweisse.	14 M.	Kräftiger Körperbau, reducierter Ernährungszustand. H = 167. Th. = 82,5. Exc. = 2,5. R V O Dämpfg., hauchendes Exsp. L V u. H O Dämpfg mittelbl. nicht conson. Rasseln. Dzr. = mässigen Grades. Puls = 92.	—
52	Frl. N. 27	Vater Lungenleiden †	Morbilli, Scarlatina, vor 5 Jahren Pleuritis. Seit 2 M. Husten, Fieber, Nachtschweisse.	2 M.	Graciler Körperbau. Tiefstand d. r. Spitze. H = 163. Th. = 73. Exc. = 3,5. R V O Dämpfg bis II. Rp., tymp. bis III. Rp. abgeschw. Athmen mit verl. Exsp., medial hauchend. feinbl. nicht conson. Rasseln bis II. Rp., dann Crepitation bis III. Rp. H O Dämpfg. in Fossa supraspinata, O Hauchen stark abgeschw. Athmen fein — und mittelbl. Rasseln. Giemen in beiden Lungen S U. Dzr. = + Puls = 92.	Laryngitis
54	Frl. N. 17	—	In d. letzten 2 J. Ueberarbeitung beim Studium, Heimweh, schlechte Ernährung. Seit 2 M. Husten. Vor 1 M. Influenza, Appetitmangel, Nachtschweisse.	2 M.	Mittlerer Körperbau. H = 165. Th. = 81. Exc. = 4.0. L V schleppt stark nach, intensive Dämpfg. bis IV. Rp. abgeschw. Stimmfremitus, fernkl. bronch. Athmen, conson. fein — und mittelbl. Rasseln. H O Dämpfg. bis unt. $^1/_3$ d. Scapula, H U von IX. Rp. an abgeschw. Fremitus, abgeschw. reines ves. Athmen. Dzr. = — Puls = 96.	Lymphadenitis supraclavicularis Lupus am Unterschenkel
58	Frl. N. 24	—	Vor 7 J. Pneumonie sin sup., seit 4 W. Fieber, Husten. Ueberarbeitung beim Studium.	5 J. bez. 7 J.	Mittlerer Körperbau. H = 158. Th. = 72,5. Exc. = 3,0. L V schleppt nach, Dämpfg. bis III. Rp. H bis $^1/_2$ Scapula. Stark. abgeschw. Athmen, kleinbl. Rasseln auf d. Höhe d. Insp. R V O in d. lat. Partie fein — und mittelbl. Rasseln ohne deutl. Veränderung d. Athemgeräusches. Dzr. = — Puls = 80.	—

Sonstige Complicationen	Fieber Eintritt	Fieber Austritt	Tbbc. Eintritt	Tbbc. Austritt	Gewicht Eintritt	Gewicht Austritt	Gewicht Differenz	Character Temperament	Besonderes im Verlaufe der Anstaltskur	Besondere Behandlung	Kurtage	Resultat	Befund beim Austritt. Weiteres Ergehen
—	—	—	+	V.	140 1/4	142 1/4	+2	Sanguinisch, heiter u. leichtlebig, folgsam u. bescheiden	Erholt sich gut. Zur Zeit d. Menses starkes Erbrechen und Schmerzen.	Kreosot, Ol. jecor. aselli, Kefir	74 V.	p.	Verbleibt zur weiteren Kur. Befund vom 28/XII. Dämpfg. aufgehellt, keine Rhonchi, saccad. Atmen.
Hystero-Neurasthenie. Perimetritis	f.	—	K. Sp.	K. Sp.	182 1/2	191 3/4	+9 1/4	Ruhig, einsichtsvoll, zufrieden, ängstlich, streng in der Kur	Sehr gut erholt. Supraorbitalneuralgien.	Arsenikpill. Methylenblau, Nuc. moschat.	50	p.	Dämpfg. aufgehellt, nur nach willkürl. Hustenstössen auf d. Höhe des Inspiriums etw. Rasseln.
Anaemie. Vitium cord.	f.	— V.	K. Sp.	K. Sp.	165	165	—	Stiller, bescheidener, sehr ängstlicher Mensch	Colitis acuta.	Tinct. sem. Stroph. Bismuth. sal.	50	p.	Verbleibt zur weiteren Kur. Befund v. 26/XII. RVO Percussionston sehr wenig verkürzt. Abgeschw. Atemgeräusch.
—	f.	— V.	+ V.	+	125 3/4	130 V.	+4 1/4	Cholerisch, Hypochondrie	Heimweh. Erholt sich gut, es stellt sich Appetit ein, hier wird Milch vertragen.	Kefir	14	p.	Verbleibt zur weiteren Kur. Befund 30/XII. Weniger Rasseln sonst Status wie bei d. Aufnahme.

II. Stadiums.

Sonstige Complicationen	Fieber Eintritt	Fieber Austritt	Tbbc. Eintritt	Tbbc. Austritt	Gewicht Eintritt	Gewicht Austritt	Gewicht Differenz	Character Temperament	Besonderes im Verlaufe der Anstaltskur	Besondere Behandlung	Kurtage	Resultat	Befund beim Austritt. Weiteres Ergehen
Pharyngitis granulosa	f.	—	+	—	128 1/2	132 1/2	+4	Sanguinisch, leichtlebig, intelligent	Fahrt nach Petersburg Dysmenorrhoe.	Kreosotal. Sapokaline, Phar: Jodglycerin.	192	p.	LHO kein Rasseln mehr, sonst Status idem. Ging aufs Land. Nach mehrmonatl. Besserung Nephritis parenchymatosa subacuta.
Nervöse Erregbarkeit Labile Vasomotoren	f.	f.	+	+	129 1/4	134 3/4	+5 1/2	Sanguinisch, genau in der Kur, intelligent	Anfangs gut erholt, dann 2-wöchentl. Aufenthalt in Petersburg, seitdem Verschlechterung. Sehr starker Husten, fieberhafte Bronchitis.	Duotal. Extr. Hyosciam. Codein, phosp. Larynx: Cocain Inhalat.	162	n.	Das Rasseln hat zugenommen. Ging aufs Land. Erkältung. † 6 W. nach Austritt.
—	f.	—	+	—	154 3/4	168 3/4	+14	—	Erholt sich gut.	Ung. hydrarg.	85	p.	Kein Rasseln sonst unverändert. «Nach Exstirpation d. Supraclaviculardrüsen bis jetzt (1 J. nach Austritt) stets fieberfrei, subjectiv vollkommenes Wohlbefinden.
—	f.	—	4	1	128	134	+6 1/2	Melancholisch. sauber und ordentlich, pflichtgetreu, intelligent. Genau in der Kur	—	Kreosot Ol. jecor. aselli wird nicht vertragen.	150	p.	Abschwächung d. Atemgeräusches nicht so deutl. wie beim Eintritt, das Rasseln hat abgenommen. Verlässt d. Sanatorium, um eine Kumyskur zu brauchen. Soll sich 7 M. nach Austritt relativ wohl befinden, siedelt in die Schweiz über.

Laufende № (Journal №)	Geschlecht, Alter, Stand	Hereditäre Momente	Anamnestische Daten	Wie lange krank	Habitus. Befund bei der Aufnahme	Tubercu[...] andere[...] Organe[...]
71 (67)	Frau N. 40 verheiratet	Beide Eltern Tuberpulm. † Alle Geschwister Tub. pulm.	Schwächl. Kind. Morbilli, Chlorose, 2 mal Influenza. Starker Husten, Nachtschweisse. Sehr unregelmässiges geselliges Leben.	2 J.	Habitus phthisicus exquisitus. R V und H O bis III. Rp. und bis c. 1 Finger breit unter Spina scapulae Dämpfg. Im Bereiche d. Oberlappens sehr abgeschw. Resp. m. zähem Rasseln, in der ganzen r. Lunge zerstreut Rhonchi. L V O Percussionston etw. verkürzt. etw. verl. bei tiefer Insp. vereinzelte Rhonchi. Dzr. = + Puls = 98.	Larynx: [...] filtrat [...] Hinterwa[...] Ulcus an[...] Stimmba[...]
74 (71)	Herr N. 20 ledig	Mutter † an florider Tub.	Morbilli, Varicellae, Pertussis. Vor 10 Jahren Pneumonie, seit 3 J. Husten, Auswurf, Haemoptoe. War im vorigen J. im Sanatorium m. sehr gutem Erfolge. Seit 4 W. Husten, Nachtschweisse.	3 J.	Graciler Körperbau. R V Dämpfg. bis IV Rp. unter Clavicula pot fêlé. Wintrichscher Schallwechsel. Lautes Bronchialathmen m. conson. und metall. Rasseln. H O bis 1/2 Scapula Dämpfg. Bronch. Athmen, fein und mittelbl. conson. Rasseln. Dzr. = — Puls = 110.	Lymphad[...] nitis sub[...] maxillar[...]
76 (73)	Frau N. 24 verheiratet	Vater † an florider Tub.	Sehr schwächl. Kind. Morbilli, Leberleiden. Neigung zu Katarrhen. Kopfschmerzen, Bronchitis chron. Nachtschweisse.	1 M.	Zarter Körperbau, sehr reduciert. R V und H O Dämpfg. bis III Rp. und Spina scapulae. Versch. Exsp. Reichl. nicht conson. Rasseln. Dzr. = — Puls = 100.	—
78	Herr N. 21 ledig	Vater Tub. pulm. †	Neigung zu Katarrhen. Erkältung, Influenza, Nachtschweisse.	3 M.	Mittlerer Körperbau. L V bis III Rp. H O bis Spina scapulae Dämpfg. Rauh. Insp. verl. Exsp.: Mittelbl. Rasseln. Auf Scapula pleur. Reiben, rauh. Athmen. Dzr. = — Puls = 80.	—
79 (75)	Herr N. 22 ledig	Vater Tub. pulm. †	Schwächl. Kind. Pertussis, Scarlatina. Neigung zu Katarrhen. Vor einigen W. Typh. abd. Schlechte hygien. Verhältnisse, Ueberarbeitg., Nachtschweisse Immer schlechter Esser, Diarrhöen.	2 M.?	Hoch aufgeschossen. Habitus phthisicus exquisit. L V bis IV Rp. H O bis Angulus scapulae Dämpfg. Reichl. fein — und mittelbl. Rasseln. Bronchophonie. R V O rauh. und saccad. Athmen. Dzr. = + Puls = 110.	Darm?
80 (76)	Herr N. 19 ledig	Eltern des Vaters Tub. pulm. † Mutterbruder u. Mutterschwester Tub. pulm. † Vater Tub. pulm.	Scarlatina, Dysenterie. Trachitis vor 5 M. Ueberarbeitung (Examen) Profuse Haemoptoe, Nachtschweisse, Diarrhöen.	4 M.	Kräftiger Körperbau. H = 177. Th. = 86. Exc. = 9,0. R = 18. L V bis III Rp. H O bis Spina scapulae intens. Dämpfg. Reichl. mittelbl. nicht conson. Rasseln. R V O Knarren und Giemen. Dzr. = mässigen Grades. Puls = 100.	Darm?
82 (78)	Herr N. 24 ledig	Vater Lungenleiden.	M. 15 J. Typhus abd. Tonsillotomie. Oft Epistaxis. Häufige Excesse, sehr ausschweifendes Leben als Student. Erkältung bei Eisenbahnfahrt. Nachtschweisse Potus.	4 M.	Mittlerer Körperbau. Blässe. L V O Dämpfg. welche sich nach U und zur Seite bei Rp. fortsetzt. H O Spina scapulae intens. Dämpfg. Athemgeräusch abgeschw., mehr trockenes Rasseln, V unter Clavicula die Rasselgeräusche reichlicher sind d. Exsp. beigesellt. D Insp. meist v. einem lauten giemenden Ton begleitet, scheint aus d. Trachea zu stammen. Dzr. = — Puls = 100.	Larynx
83 (79)	Frau N. 37 verheiratet.	Vater Tub. lar. † Schwester Tub. pulm.	Morbilli, Varicellae, Typhus abd. M. 18 J. Pneumonie, m. 19 Haemoptoe. Dyspnoe, grosse Schwäche. V. 1 W. Curetement. d. Uterus.	6 J. bezügl. 19 J.	Graciler Körperbau, sehr reducierter Ernährungszustand. L V O intens. Dämpfg., sehr abgeschw. Athmen m. zähem Rasseln (Schrumpfung). R V bis III Rp. und H O bis Spina scapulae leichte Dämpfg. Abgeschw. Ins., verl. Exsp., feuchtes und trockenes Rasseln. Dzr. = mässige Grade. Puls = 100.	—

Tube...	Sonstige Complicationen	Fieber Eintritt	Fieber Austritt	Tbbc. Eintritt	Tbbc. Austritt	Gewicht Eintritt	Gewicht Austritt	Gewicht Differenz	Character, Temperament	Besonderes im Verlaufe der Austaltskur	Besondere Behandlung	Kurtage	Resultat	Befund beim Austritt. Weiteres Ergehen
Laryn... filtrat... Hinter... Ulcus... Stimm...	Schlechte Esserin Anaemie Neurasthenie Obstipation	F	f.	3	1.	120	$124\frac{1}{2}$	$+4\frac{1}{2}$	Cholerisch, unzufrieden sehr um sich besorgt.	Pat. erholt. Ulcus heilt.	Kreosot. Duotal. Guajacolvasogen äusserlich Kefir. Larynx: Acid. lact.	72	p	RV bis II Rp. HO bis Spina scapulae Dämpfg. Sehr abgeschw. Atmen m. wenig zähen Rasseln. L kaum etwas nachweisbar. Will sich nach Austritt einer Kumyskur unterziehen.
Lymph... nitis... maxil...	Stimmband parese Herzklopfen	f	—	+	+	128	131	+3	Sanguinisch, leichtlebig, folgsam	Pat. erholt.	Kreosot, Ol. jecor. asselli Guajacolvasogen äusserl.	120	p.	RV Dämpfg. bis III Rp. m. tymp. Beiklang. Bronch. Atmen. HO bis 1/2 Scapula Dämpfg. nicht mehr so deutl. Atmen, feinbl. Rasseln. Ging aufs Land. Später nach Davos, befindet sich wohl.
–	Ren mobil. deut. Basedow. Anaemie Laryngitis sicca m. verd. Stimmband	f.	—	+	+	$108\frac{1}{4}$	$122\frac{1}{2}$	$+14\frac{1}{4}$	Sanguinisch, sehr leichtlebig u. unbedacht	Erholte sich sehr gut, darauf gegen Erlaubnis Bootfahrt u. Bergsteigen starke Erkältung, heftiger Husten.	Arsenik. Extr. Hyoscyam. Dionin.	150	p.	RV bis III Rp. HO Dämpfg. angedeutet bis Spina scapulae. Verl. Exsp. weniger Rasseln. 5 M. nach Austritt Wohlbefinden, hat nur an Gewicht abgenommen.
–	—	—	—	—	—	160	163	+3	Ruhig. einsichtsvoll bescheiden, intelligent	Fahrt nach Petersburg in Wehrflichtsangelegenheiten.	—	7	—	Subjectiv etwas gebessert. Beim Aufenthalt in Petersburg starke Erkältung kann daher nicht zurückkehren. Nach Genesung zieht Patient in die Krim.
Dar...	Anaemie Nervöse Unruhe Agrypnie	F.	f.	+	+	151	$152\frac{1}{2}$	$+1\frac{1}{2}$	Melancholiker, ängstlich, bescheiden	Darm erheblich gebessert.	Bismut. Trional.	27	p.	Subjectiv etwas gebessert. Ging zur weiteren Erholung aufs Land.
n...	Pharyngo-Laryngitis. Leicht Ermüdung und Dyspnoe	F.	f. V	3—5	2 V	$177\frac{3}{4}$	$182\frac{1}{2}$ 190	$+4\frac{3}{4}$	Phlegmatisch, sehr pflichtgetreuer, ernster Mensch, intelligent	Erholt sich gut. Temperaturen normal. Seit 20/XII. erhöht, weil Perityphlitis,	Kreosot. Ol. jecor. aselli, Perco. Guajacolcarbonat. Bismut. sal. Extr. Bellad.	218 V	n.	Verbleibt zur weiteren Kur. Befund v. 29/XII. LV Dämpfg. über Clavicula, unterhalb sich bei III Rp. allmählich aufhellend. HO bis Spina scapulae. Rasseln geringer nur bei tieferen Inspirationen.
I	Nervöse Erregbarkeit. Abusus spirituosus	f.	—	4—6	+	154	$170\frac{1}{2}$	$+16\frac{1}{2}$	Choleriker, sehr unvorsichtig intelligent	Leichte Pleuritis. Gut erholt. Fahrt nach Petersburg, Abusus spirituosus, Kur abgebrochen, wegen Langerweile u Unzufriedenheit.	Cantharidin. Kreosot. Kefir. Larynx: Mentholglycerin, Parachlorphenol.	115	p.	Bedeutende Hebung d. Allgemeinzustandes. LV Dämpfg. sehr viel geringer. Mittelbl. nicht mehr so reichl. Rasseln ohne Consonanz.
	—	—	—	4—7	+	$86\frac{3}{4}$	$88\frac{1}{2}$	$+1\frac{3}{4}$	Cholerisch, unruhig, intelligent.	Fahrt nach Petersburg.	Kreosot-Arsenikpillen. Jodvasogen äusserl.	52	p.	Hebung des Allgemeinbefindens. Lokal keine wesentl. Veränderung. Zieht in einen Badeort nach Deutschland.



Laufende № (Journal №)	Geschlecht. Alter. Stand	Hereditäre Momente	Anamnestische Daten	Wie lange krank	Habitus. Befund bei der Aufnahme	Tuberculose anderer Organe
92 (88)	Frl. N. 40	4/5 Vater Tub. pulm. † Schwester Tub. pulm.	Pleuritis vor 1 J. Haemoptoen. Kur in Davos, St. Blasien u. Lindheim. Verdauung schlecht, Kalbfleisch u. rohe Milch werden nicht vertragen.	6 J.	Mittlerer Körperbau, leichte Kyphoskoliose. H = 149. Th. = 79. Exc. = 3,5. R V bis III Rp. und H O Dämpfg. Bronch. Athmen, fein — und mittelbl. Rasseln. L V und H O leichte Dämpfg., Rasseln. Dzr. = — Puls = 80.	—
96 (92)	Frau N. 22 verheiratet	3 Vaterbrüder Tub. pulm. † Bruder Tub. pulm.	Chlorose, Heftige Menstrualblutungen. Malaria, Meningitis, Oophoritis. Ueberarbeitung beim Studium (cand. chem.) vor 4 J. 4 mal Haemoptoe. 10 mal Pleuritis. Kumyskur. Nachtschweisse, Fieber.	4 J.	Habitus neurasthenicus, Kyphoskoliose, sehr reduciert. R. V. bis III Rp. H O bis $^1/_2$ Scapula Dämpfg. abgeschw. rauh. Athmen, fein — und mittelbl. Rasseln. L V O Percussionston etw. verkürzt, schwaches Resp. Dzr. = + Puls = 94.	—
105 (99)	Frl. N. 24	8/13 Mutter Lungenentzündung †	Morbilli, Varicellae, Skrophulose. M. 16 J. Chlorose. Vor 4 J. Influenza. Haemoptoen, Nachtschweisse. Ueberanstrengung bei Pflege der Mutter. Glaubt inficiert zu sein.	4 J.	Mittlerer Körperbau. H = 152. Th. = 76$^1/_2$. Exc. = 50. R O eingesunken, bleibt nach beim Athmen. V wie H Dämpfg. Abgeschw. Athmen m. Exsp., Knacken. L V bis III Rp. H O bis Spina scapulae Dämpfg. m. tymp. Beiklang. Hacch. Exsp., reichl. fast. cons. Rasseln. Dzr. = — Puls = 90.	—
107 (101)	Frl. N. 35	—	Schwächl. Kind. Pertussis, Varicellae, Morbilli, Pleuritis. Typhus abd. Vor 31 J. Influenza, Darmleiden. Starker Husten, Neigung zu Katarrhen Haemoptoen. War vor 1 J. im Sanatorium Halila.	3 J.	Kräftiger Körperbau. H = 161$^1/_2$. Th. = 82$^1/_2$ Exc. = 3,0. L V bis III Rp. und H O bis Spina scapul. intens. Dämpfg. Im Oberlappen reichl. zähflüssiges nicht conson. Rasseln. R V O leichte Dämpfg., trockene Rhonchi. Dzr. = — Puls = 90.	Larynx

Kranke des

19	Herr N. 20 ledig	1 Bruder Tub. pulm. †	Vor 9 J. Fractur d. Oberschenkels. Vor 5 M. Pneumonie LU Husten Nachtschweisse, Fieber.	4 M.	Kräftiger Körperbau. RHU vom unt. $^1/_3$ Scapulae Dämpfg., bronch Atmen, kling. Rasseln. Im L Interscapularraum Dämpfg. zähes Rasseln. Dzr. = + Puls = 60.	—
29	Herr N. 33 ledig	Vater Dementia paralyt.	Excesse in Nicotin, Baccho, Venere, mehrmals Gonorrhoe. Lues. Rheum. art. m. Endocarditis. Vor 7 M. Erkältung auf d. Jagd, Husten, Nachtschweisse.	6 M.	Mittlerer Körperbau. Rhachit Difformität d Thorax. R. starke Convexität, LO Abflachung, schleppt nach. Th. = 83. Exc. = 4.0. LV bis IV Rp. HO bis $^2/_3$ Scapulae Dämpfg. bronch. Atmen, conson. kleinbl. Rasseln. RHU Dämpfg., verl. Exsp. Dzr. = + Puls = 130.	—
49	Frl. N. 20	—	Immer blutarm. Angeblich nur 4 M. Husten, Fieber, Haemoptoe.	4 M.	Mittlerer Körperbau, L schleppt nach. V durchweg gedämpft namentl. LH LO ebenfalls Dämpfg. bis $^1/_3$ Scapula. Reichl. Rasseln, abgeschw. Atmen. L in medial. Partie kleinbl. conson. Rasseln. Dzr. = ? Puls = 120.	Larynx: Ulcus Epiglottidis, starres Infiltrat.
55	Frl. N. 26	Bruder Tub. pulm. †	Vor 3 J. m. Husten und Fieber erkrankt, Besserung nach Kumyskur. Seit einigen M. Husten, Abmagerung, Brustschmerzen. War im Sanatorium, gute Besserung, dann in Petersburg, sehr unvorsichtig, sehr krank zurück Haemoptoen, Nachtschweisse.	3 J.	Graciler Körperbau, Blässe. H = 153. Th. = 74,5. Exc. = 5,0. LV Dämpfg. bis IV Rp. reichl. fein- und mittelbl. conson. Rasseln. RH Dämpfg. von $^1/_2$ Scapula nach U., verstärkter Stimmfremitus. Bronch. Atmen, mittel- und grobbl. conson. Rasseln. Dzr. = + Puls = 120.	Pleuritis.

Sonstige Complicationen	Fieber Eintritt	Fieber Austritt	Tbbc. Eintritt	Tbbc. Austritt	Gewicht Eintritt	Gewicht Austritt	Gewicht Differenz	Character, Temperament	Besonderes im Verlaufe der Anstaltskur	Bessndere Behandlung	Kurtage	Resultat	Befund beim Austritt. Weiteres Ergehen
Anaemie Nervöse Dyspepsie Empfindlichkeit d. oberen Luftwege	—	— V.	+	+ V.	$189\frac{3}{4}$	$139\frac{3}{4}$ V.	—	Lebhaft intelligent streng in der Kur	Leicht Ermüdung. Oft Bronchitiden.	Sol. arsenic. Fowl. Condurango. Emser-krähnchen.	143	p.	Verbleibt im Sanatorium. Befund v. 29/XII. R. Dämpfg. wenig intensiv. L Dämpfg. aufgehellt. In beiden Spitzen weniger Rhonchi.
Anaemie Nephritis Hystero-Neurasthenie.	f.	—	4–5	4	124	121	—3	Lebhaft, unruhig, intelligent	Schwere Gemütsbewegungen. Hysterische Krämpfe. Agrypnia Fahrt nach Petersburg Kur wegen Erkrankung d. Mannes abgebrochen.	Arsenik subcutan.	28	—	Status idem.
—	f.	— V.	+	+ V.	$121\frac{1}{4}$	$133\frac{1}{4}$	+12	Phlegmatisch, ängstlich, zufrieden gleichmässig. Sehr genau in der Kur	Ausgezeichnet erholt.	Kreosot, Ol. jecor. aselli.	72 V.	p.	Verbleibt im Sanatorium. Befund v. 29/XII: R Status idem L Dämpfg. aufgehellt. Resp. fast rein ves., wenige Rhonchi.
Naso-Pharyngitis chron.	f.	—	+	+	159	157	—2	Lebhaft, sehr um sich besorgt	Starker Husten. Leichter Rheumatismus.	Guajacolcarbonat, Codein phosp. Dionin. Sapokalinus. Resorcininhalation.	43	p.	Lokal keine wesentl. Veränderung. Weniger Rasseln, im l. Unterlappen keine Rhonchi mehr Setzt die Kur anderweitig fort.

III. Stadiums.

Sonstige Complicationen	Fieber Eintritt	Fieber Austritt	Tbbc. Eintritt	Tbbc. Austritt	Gewicht Eintritt	Gewicht Austritt	Gewicht Differenz	Character, Temperament	Besonderes im Verlaufe der Anstaltskur	Bessndere Behandlung	Kurtage	Resultat	Befund beim Austritt. Weiteres Ergehen
—	F.	F.	+	+	$167\frac{1}{2}$	nicht gewogen	—	Phlegmatisch, unvorsichtig, intelligent	—	Kreosot. Salicylarsenikpillen.	385	n.	Ueberall kleinbl. Rasseln. RH Dämpfg. aufgehellt. † zu Hause 2 Monate nach d. Austritt.
Anaemie Neuritis Lues	f.	—	+		$134\frac{3}{4}$			Cholerisch, leichtlebig, intelligent	Mehrere Fahrten nach Livland, stets Excesse. Zeitweilig Besserung, dann fortschreitender Zerfall.	Kreosot-Arsenikpillen Haematogen. Antipyretica u. Antalges. Zuletzt Excitantien.	695	n.	Hoffnungslos.
Anaemie	F.	f.	+	+	$116\frac{1}{4}$	$131\frac{3}{4}$	$+15\frac{1}{2}$	Still, pflichttreu, streng in der Kur	Stetige auffallende Besserung, Hebung des Allgemeinzustandes.	Kefir. Kreosot. Larynx: 20% Menthollösg. Acid. lactis.	248	p.	RVO u. HO Dämpfg. L idem u. auch Dämpfg am medial. Rande seitl. m. tymp. Beiklang. Ueberall abgeschw. Atmen auf d. gedämpften Partien. R. trockene Rhonchi. Ging nach Petersburg. Wohlbefinden. † 6 M. nach Austritt an Meningitis basilaris.
Anaemie Schwere Neurasthenie. Herzschwäche Obstipation	F.	f.	+	+	105	nicht gewogen	—	Sanguinisch, leichtlebig	Fortschreitender Zerfall. Amyloid von Leber u. Milz.	Salicyl-Arsenikpillen. Pyramidon. Campherinjection nach Alkander	116	n.	Ging aufs Land. † 1 M. nach Austritt.

Laufende № (Journal №)	Geschlecht, Alter, Stand	Hereditäre Momente	Anamnestische Daten	Wie lange krank	Habitus. Befund bei der Aufnahme	Tuberculose anderer Organe
57	Herr N. 19 ledig	Beide Eltern u. Schwester Tub. pulm. †	Sehr schwächl. Kind. Vor 1½ J. Haemoptoe, seit 2 M. hohes Fieber.	1½ J.	Habitus phthisicus exquisitus. H = 186. Th. = 83. Exc. = 2,3. L durchweg Dämpfg. bronch. und broncho-ves. Atmen. mittl. und feinbl. zum Teil kl. Rasseln. RV und HO Dämpfg., Rasseln. Dzr. = + Puls = 124.	Darm. Fistula inframaxill.
59	Frau N. 46 verheiratet	Mutter Tub pulm. †	Vor 26 J. mässige Haemoptoe, Husten, Abmagerung, vor 6 J. Tb. bc. 6 mal in Meran mit Erfolg zur Kur. Seit einigen W. Befinden schlecht, Husten, Fieber, Appetitmangel.	26 J.	Habitus phthisicus exquisitus, hectische Wangenröte. RV Dämpfg. — IV Rp. HO bis ⅔ Scapulae. Bronch. Atmen, zieml. reichl. conson. und einige metall. kl. und mittelbl. Rasselgeräusche. L in Fossa supraclavicularis leerer Schall auch unter Clavicula verkürzt. Versch. Atmen, auf der unt. ½ Scapula Zone m. giemenden und schnurrenden Geräuschen. Puls = 86.	—
61 (60)	Herr N. 39 Wittwer	Frau † an florider Tub.	Vor 2 J. Husten, Fieber, Kur in Falkenstein und Davos brachte Besserung, seit 5 W. Fieber, Husten, Nachtschweisse, Dyspnoe. Haemoptoen.	2 J.	Mittlerer Körperbau. Hectische Wangenröte. H = 164. Th. 81,5. Exc. = 3,0. LV Dämpfg. bis V Rp. Bronch. Atmen, sehr reichl. grob- und mittelbl. conson. Rasseln. H Dämpfg. bis Angulus scapulae. Leises bronch. Atmen, reichl. grob und und mittelbl. Rasseln, fein und mittelbl. nicht conson. Rasseln bis unt. Lungenrand. RVO Dämpfg. bis II Rp., Hauch. Exsp. giemende und schnurrende Geräusche, sowie fein. Rasseln bis IV Rp. H Dämpfg. bis Spina scap. Hauch. Exsp., spärl. giemende Geräusche. In medial. Partie feines nicht conson. Rasseln. Dzr. = + Puls = 84.	Darm.
63 (48)	Frau N. 26 verheiratet	—	M. 11 J. Typh. abd., vor 1 J. Influenza. War im Sanatorium, wurde gebessert entlassen, war in Petersburg sehr unvorsichtig, Erkältung, starker Husten, Nachtschweisse.	1 J.	Habitus phthisicus, sehr reduciert. H = 161. Th. = 74. Exc. = 3,0. LVO Dämpfg. Versch. Atmen, Giemen. H durchweg Dämpfg. Bis ½ Scapula Atemgeräusch durch Schnurren und Giemen verdeckt, von da bronch. m. conson. mittl. und grobbl. Rasseln. Dzr. = + Puls = 112.	—
67 (28)	Herr N. 23 ledig	Vaterschwester Tub. pulm. †	Pertussis, Morbilli, Otitis. Vor 5 J. eine Zeitlang Fieber. Haemoptoe vor 14 Monat. Nachtschweisse, war im Sanatorium ging nach Meran? kehrt von dort sehr verschlimmert zurück.	14 M.	Mittlerer Körperbau. Sehr reduciert. L durchweg Dämpfg. VO bis III Rp. ves. bronch. Atmen m. mittl. Rasseln. abwärts bis U. bronch. m. mittl. Rasseln. HO, rauh. Atmen, mittl. Rasseln, abwärts fast bronch. Stimmfremitus LV aufgehoben. Dzr. = + Puls = 120.	Darm.
69 (68)	Herr N. 25 ledig	Vater Tub. pulm. † Mutter [10], 10	Scarlatina Vor 2 J. starke Erkältung. Ueberarbeitung in schlechten Verhältnissen. Mehrmals Haemoptoen. Nachtschweisse, Fieber, Husten.	1 J.	Habitus phthisicus exquisit. Rhachit. Thorax. RV bis IV Rp. HO bis ½ Scapula Dämpfg. Ves. bronch. über Clavicula amphor. Atmen u. fein- und grobbl. Rasseln. LVO bis II Rp. Dämpfg. Rauh. Atmen u. feinbl. Rasseln. HO bis Angulus Scapulae tymp. Rauh. Atmen u. feinbl. Rasseln. Dzr. = + Puls = 110.	—
72 (69)	Herr N. 27 ledig	Bruder Tub. pulm. †	Vor 1 J. starke Erkältung, Fieber, Husten, Nachtschweisse, Verdauungsstörung. Sommer Kumyskur m. Erfolg. Haemoptoen Patient will inficiert sein.	1 J.	Mittlerer Körperbau, sehr reduciert. RV tymp. Dämpfg. bis V Rp. H bis unt. ⅓ Scap. Dämpfg. bronch. Atmen, conson. metall. Rasseln. L über Clavicula u. Spina scapulae Dämpfg. m. abgeschw. Atmen, mittel- u. feinbl. Rasseln. Dzr. = + Puls = 120.	Darm.
77 (74)	Herr N. 36 verheiratet	—	Morbilli. Frühzeitig Excesse. Polyarthr. rheum. Gonorrhoe, 3 mal Pneumonie. Seit 1½ J. Husten, Nachtschweisse. Vor 3 W. Haemoptoe. Potus.	1½ J.	Mittlerer Körperbau. Guter Thorax. RV u. HO über Clavicula u. Spina scapulae tymp. Dämpfg. Abgeschw. unbest. Atmen, verl. Exsp., Giemen u. trockene Rhonchi. H überall bes. Mittellappen, mittelbl. Rasseln. LVU Giemen u. Knarren. Dzr. = + Puls = 90.	—

Sonstige Complicationen	Fieber		Tbbc.		Gewicht			Charakter Temperament	Besonderes im Verlaufe der Anstaltscur	Besondere Behandlung	Kurtage	Resultat	Befund beim Austritt. Weiteres Ergehen
	Eintritt	Austritt	Eintritt	Austritt	Eintritt	Austritt	Differenz						
Anaemie.	F.	—	+	—	147	—	—	Sanguinisch, leichtlebig u. heiter.	Fortschreitende Erweichung. Streptococcen.	Arsenik-Salicylpillen. Bismuth sal. Ichtalbin. Ichtyol.	100	n.	† in der Anstalt.
Herzschwäche. Dyspnoe. Atonie des Magens.	f.	—	+	+	108	108	—	Sehr lebhaft, zufrieden, genau in der Kur, heiter.	Herzschwäche bedeutend gebessert. Kur wegen Erkrankung des Mannes abgebrochen.	Digitalis. Condurango.	89	p.	Subjectiv erheblich gebessert. Local keine wesentl. Veränderung, weniger Rasseln. † in Petersburg am Herzschlage, nach heftiger Gemütsbewegung.
—	F.	F.	+	+	$141\frac{1}{2}$	nicht gewogen.	—	Phlegmatisch, leichtlebig.	Starke Dyspnoe. Stetiges Fortschreiten des Processes.	Salicyl-Arsenikpillen. Sulfonal. Pyramidon. Morphium. Bismuth sal. Argill. dep.	70	n.	Wird nach Petersburg ins Hospital übergeführt. † 4 W. nach Austritt.
Schwere Anaemie. Dyspnoe.	F.	—	+	+	124	$121\frac{3}{4}$	$-2\frac{1}{4}$	Cholerisch, sehr leichtlebig, genau in der Kur.	Anfangs sehr schwach, erholt sich Patientin gut und fühlt sich subjectiv wohl.	Pyramidon mit gutem Erfolg. Kefir. Guajacolcarbonat.	121	?	Subjectiv sehr gebessert. Will eine Kumyskur brauchen, erkältet sich auf d. Reise u. gerät nach d. Strapazen derselben in sehr ungünstige Verhältnisse. † 6 W. nach Austritt.
Schwere Neurasthenie. Anaemie.	F.	—	+	—	—	—	—	Unruhig, bescheiden u. duldsam.	Rapides Fortschreiten des Processes in Lungen u. Darm. Pneumothorax.	Pyramidon. Bismuth. sal. Heroin.	82	n.	† an Miliartuberkulose in der Anstalt.
Bothriocephalus latus. Dyspnoe.	f.	—	+	+	$120\frac{1}{4}$	$121\frac{3}{4}$	$+1\frac{1}{2}$	Sanguinisch, bescheiden u. folgsam.	—	Guajacolvasogen äusserlich. Kefir.	35	p.	Subjectiv gebessert. Weniger Rasseln sonst idem.
Anaemie.	F.	F.	+	+	145	nicht gewogen.	—	Melancholisch aufgeregt.	—	Arsenik-Salicylpillen. Pyramidon. Bismuth sal. Tannigen	21	—	Lokal keine wesentl. Veränderung. Geht nach Petersburg in Hospitalbehandlung.
bstipation. Nasopharyngitis chron.	f.	f.	+	+	154	$153\frac{3}{4}$	$+1\frac{3}{4}$	Phlegmatisch, leichtlebig.	Abusus spirituosus, daher Kur abgebrochen.	Kreosot. Extr. fluid. Cascar. Sagrad. Calomel.	50	p	RO. Dämpfg. Abgeschw. Atmen verl. Exsp. H. mittelbl. Rasseln im Bereiche d. Mittellappens. LVO. Giemen.

Laufende № (Journal №)	Geschlecht, Alter, Stand	Hereditäre Momente	Anamnestische Daten	Wie lange krank	Habitus. Befund bei der Aufnahme	Tuberculo[se] anderer Organe
84 (80)	Knabe N. 15	Mutter und Stiefmutter † an florid. Tub.	Morbilli, Typhus abd. Erkältung. Schlechter Esser. Nachtschweisse, Diarrhoen,	3 M.	Habitus phthisicus exquisitus. LV durchweg. H. bis $^1/_2$ Scapulae, Dämpfg. Bronch. Atmen, verbreitetes Rasseln über d. ganze Lunge. O klingend. RO Dämpfg., rauh. Atmen, Giemen. Dzr. = + Puls = 120.	Darm. Lymphade[nitis] cervicalis.
89 (85)	Frau N. 23 verheiratet	Mutter Tub. pulm. † Mann Tub. pulm. geheilt.	Starke Menstrualblutungen. Dyspepsie. Absoluter Appetitmangel, Haemoptoen. Erkältung vor 9 M.	9 M.	Graciler Körperbau, sehr reduciert. H = 158$^1/_2$. Th. = 68. Exc. 2,5. RH bis $^1/_2$ Scapula intensive VO bis III Rp. weniger intensive Dämpfg. H. Bronch. Atmen, reichl. conson. Rasseln. V. rauh. Atmen, verl. Exsp., wenig Rasseln. Dzr. = + Puls = 125.	—
90 (86)	Frau N. 24 verheiratet	Mutterbruder Tub. pulm. †	Schwächl. Kind. Morbilli, Scarlatina. Chlorosis, Obstipation. 3 mal geboren, 1 Abort, Geburten schwer. Vor 5 M. Pneumonie, Nachtschweisse.	9 M.	Habitus phthisicus exquisitus, sehr reduciert. RH bis Angulus Scapulae, V. wenig. intens. Dämpfg. bis III. Rp. HO cavernöses Hauchen, Bronchophonie, fast bis U trockenes u. feuchtes Rasseln. V auch Rasseln bis U. Dzr. = — Puls = 100.	—
91 (87)	Knabe N. 14	Mutter Tub. pulm. geheilt Patient $^7/_{12}$	Sehr schwächl. Kind, stets am Magen leidend. Pertussis danach schwere Pneumonia tub. Kumyskur. Morbilli.	7 J.	Sehr graciler Körperbau. Kyphoscoliosis. H = 133. Th. = 64. Exc. = 5,0. R = 24. R bleibt nach. VO Dämpf., Rasseln. HU leichte Dämpfg.. subcrepitierendes Rasseln. LHU Dämpfg. von $^1/_2$ Scapula. Zerstreutes unbest. Rasseln. Dzr. = — Puls = 100.	—
94 (90)	Herr N. 19 ledig	Vater Tub. pulm. † Bruder und Schwester Tub. pulm.	Pleuritis. Erkältung v. 5 M. Kumyskur. Haemoptoen, Nachtschweisse.	4 M.	Habitus phthisic. exquisitus, sehr reducirt. RV bis III Rp. HO bis $^1/_2$ Scapula, Dämpfg. Atemgeräusch bronch. m. zähem conson. Rasseln. HU leichte Dämpfg., abgeschw Atemgeräusch. Dzr. = + Puls = 100.	—
97 (93)	Herr N. 22 verheiratet	$^0/_0$	Neigung zu Katarrhen, Pneumonie m. 9 J. Malaria, Ueberarbeitung (Examen). Erkältung, Pneumonie tub. Dyspnoe. Nachtschweisse. Seit 3 Tagen verheiratet.	5 M.?	Habitus phthisicus exquisit, sehr reduciert. RV bis IV Rp. u. HO tymp. Dämpfg. Bronch. Atmen, conson. Rasseln. O hauch. Exsp. HO bronch. Atmen im Unterlappen unbest abgeschw. Atmen. Dzr. = + Puls = 100.	Darm?
98 (70) cf. 73	Frl. N. 36	Mutter und Schwester Tub. pulm. † Vater Tub. pulm. 1 Schwester geheilt.	Conf. 73. Brachte nach dem Austritt d. Sommer in Terijoki zu, fühlte sich sehr wohl, wenig Husten, kein Fieber. In Petersburg starke Erkältung, darauf schlecht.	9 M.	Graciler Körperbau. H = 153. Th. = 79. Exc. = 45. RV bis III Rp. HO bis $^1/_2$ Scapula, Dämpfg., ves. bronch. Atmen, reichl. fein- u. mittelbl. Rasseln. HU abgeschw. Resp. LVO über Clavicula u. Spina Dämpfg. Rauh. Atmen, trockene Rhonchi. Puls = 120.	Larynx:
99 (94)	Herr N. 18 ledig	$^0/_0$	Scarlatina, Morbilli, Diphtherie. Erkältung v. 4 M. Husten. Nach heftiger Erregung v. 4 T. Haemoptoe, Nachtschweisse, Diarrhoen.	4 M.?	Kräftiger Körperbau. Blässe. H = 176. Th. = 83. Exc. 5.0. R = 26. LV intensive Dämpfg. bis IV Rp. unter Clavicula bei starker Percussion bruit du pot félé. Bronch. Atmen m. reichl. conson. u. metall. Rasseln besonders im III ICR HO bis $^1/_2$ Scapula Dämpf. Abgeschw. Bronchialatmen, fein- u. mittelbl. Rasseln. RVO abgeschw. rauhes Atmen. Dzr. = — Puls = 100.	—
100 (95)	Frau N. 42 verheiratet	Mutter Tub. pulm. †	Morbilli, Pertussis m. Haemoptoe, Influenza, Typhus abd. Ueberanstrengung bei Pflege. Pleuritis. Obstipation von Kindheit an. Nachtschweisse, Fieber.	2$^1/_2$ J. bezügl. 9 J.	Habitus phthisicus exquisit., sehr reduciert. R schleppt stark nach. V bis V Rp. Dämpfg. O pot félé. U tymp. Lautes bronch. Atmen., reichl. conson. metall. Rasseln. HO tymp. Dämpf. bis $^1/_2$ Scapula, feines fernkl. Rasseln. LV bis III Rp. HO bis Spina, Dämpfg. V versch. Atmen u. Giemen. H bronch. Atmen. Puls = 120.	Blase

Sonstige Complicationen	Fieber Eintritt	Fieber Austritt	Tbbc. Eintritt	Tbbc. Austritt	Gewicht Eintritt	Gewicht Austritt	Gewicht Differenz	Character Temperament	Besonderes im Verlaufe der Anstaltskur	Besondere Behandlung	Kurtage	Resultat	Befund beim Austritt. Weiteres Ergeben
Anaemie. Neurasthe-ie. Onanie. Laryngitis. osol. Appe-itmangel.	F.	—	+	—	113	—	—	Phlegmatisch.	Anfangs sehr auffallende Besserung, dann ununterbrochenes Fortschreiten d. Processes. Pleuritis, Exsudat, Pneumothorax.	Arseniksalicylpillen Pyramidon Perco. Spermin. Ichthalbin.	154	n.	† in der Anstalt.
Anaemie. Nervosität. ara- u. Endometritis.	F.	f.	+	+	$81\frac{3}{4}$	$87\frac{3}{4}$ war 96	+6	Sanguinisch, heiter u. sanft, einsichtsvoll. Sehr gewissenhaft in der Kur.	Besserung d. Lunge, bedeutende Hebung des Allgemeinzustandes. Amenorrhoe.	Pyramidon. Dionin Arsenik, Ichthyol, tampone Vaginalspülung m. Alaun.	147	p.	RH bis $\frac{1}{3}$ Scapula Dämpfg. Bronchialatmen, weniger conson. Rasseln. V wenig intens. Dämpfg. bis II Rp. Unbest. Atmen m. verl. Exsp. Ging nach Hause aufs Land.
Anaemie. ervöse Erregbarkeit. Oophoritis sin.	f.	—	+	+	104	$111\frac{3}{4}$	$+7\frac{3}{4}$	Aengstlich u. wenig energisch.	Erholt sich gut. Kur wegen Heimweh abgebrochen.	Guajacolcarbonat. Fol. Salvinae.	53	p.	In Bereiche d. R. Oberlappen Dämpfg. H mehr als V wo bei bis II Rp. Bronchialatmen u. knackende Geräusche Katarrh in d. übrigen Lunge nachgelassen. 3 M. nach Austritt Wohlbefinden (nach eigenem Urteil).
Eczem.	f.	— V.	+	— V.	$69\frac{1}{2}$	$77\frac{3}{4}$	$+8\frac{1}{4}$	Sehr lebhaft, leichtlebig, folgsam, intelligent.	Ausgezeichnet erholt. Eczem geschwunden.	Tiocoll. Ol. jecor. aselli. Ol. Cadini Ol. Olivar	130 V.	p.	Verbleibt im Sanatorium.
Laryngitis simplex. Anaemie.	F.	F.	7	6	121	$121\frac{1}{4}$ war 131	$+\frac{1}{4}$	Choleriker, unvorsichtig	Anfangs gute Besserung. Kein Verständniss für d. Ernst d. Krankheit. Pleuritis. Infiltrat LVUS.	Kreosot Ol. jecor. aselli Pulv. Doweri. Canthariden. Agaricin.	121	n.	RHU nicht nachweisbar sowie Status idem. LVUS Dämpfg., Exsp. feinbl. Rasseln. 4 M. nach Austritt † auf d. Reise in der Krim an profuser Haemoptoe.
Anaemie. tarke Dyspnoe. Haemorrhoiden. Laryngitis simplex.	F.	f.	+	+	$134\frac{3}{4}$	$131\frac{3}{4}$ war 137	—3	Sanguinisch, ängstlich u. bescheiden, folgsam, pflichtreu, intelligent.	Empfindlichkeit gegen Kälte, daher Kur abgebrochen. Diarrhoen, Hämorrhoidalblutung.	Pyramidon. Dionin Perco. Bismuth. Argilla.	108	p.	Subjectiv gebessert. Lokal keine wesentl. Veränderung. Geht nach Meran.
Anaemie. Nervosität.	F.	f.	+	+ V.	112	$122\frac{1}{2}$ V.	$+10\frac{1}{2}$	Phlegmatisch, gleichmässig, intelligent.	Erholt sich gut, übernimmt aber auf eigene Verantwortung d. Pflege eines Schwerkranken u. lebt nicht kurgemäss. Heftige Gemüthbewegungen. Leichte Influenza.	Guajacolvasogen äusserlich. Codein. phosp. Heroin. Larynx: Mentholglycerin Parachlorphenol.	100 V.	p.?	Verbleibt im Sanatorium. Befund v. 22/XII. R Dämpfg. etw. aufgehellt, Rasseln geringer. L leichte Dämpfg. über Clavicula rauhes Atmen.
—	f.	— V.	+	+ V.	150	159	+9	Sanguinisch, heiter, gleichmässig zufrieden, folgsam, intelligent.	Erholt sich gut. Diarrhoe bald geschwunden.	Kreosot. Ol. jecor. aselli Arsenik. Kefir.	98 V.	p.	Verbleibt im Sanatorium. Befund v. 29/XII. LV Dämpfg. m. tymp. Beiklang am deutl. im III IR Resp. bei schwacher Atmung fast ves. erst bei tiefer Insp. bronch. m. spärl. conson. Rasseln. H Dämpfg. bei Spina, abgeschw. Resp. RVO kaum abgeschw. Atmen.
abituelle stipation. naemie. morrhoiden.	F.	f.	+	+	$80\frac{1}{4}$	$84\frac{1}{4}$	+4	Phlegmatisch, bescheiden, genügsam.	Heimweh. Agrypnie.	Hunyadi Janos. Perco. Duotal. Blase: Spülung m. Sublimat und Borsäure.	47	?	Bedeutend weniger Rasseln. † $1\frac{1}{2}$ M nach Austritt in Petersburg.

Laufende № (Journal №)	Geschlecht, Alter, Stand	Hereditäre Momente	Anamnestische Daten	Wie lange krank	Habitus. Befund bei der Aufnahme	Tubercu[l]. andere[r] Organe
101 (96)	Herr N. 18 ledig	Mutterbruder Tub. lar. †	2 mal Morbilli, Scarlatina, Pertussis. Neigung zu Katarrhen. Vor 2 M. nach Erkältung Pneumonie, dann Influenza m. Pleuritis. Starke Nachtschweisse. Diarrhöen.	2 M.	Habitus phthisicus, hoch aufgeschossen. Th. = 75. Exc. = 5,0. R = 28. LHU intensive Dämpfg., V $^1/_2$ Scapula, nach V bis Lin. axill. med. Bronch. Atmen, reichl. conson. Rasseln. RV u. HO Dämpfg. Abgeschw. rauh. Atmen. Dzr. = + Puls = 112.	Darm.
103 (97)	Herr N. 45 verheiratet	$^7/_7$ Vaterbruder Tub. pulm. †	Den türkisch-russ. Feldzug mitgemacht, damals Typh. abd. u. Erysipel. Vor 11 M. Erkältung seitdem Heiserkeit. Nachtschweisse, Fieber.	11 M.	Kräftiger Körperbau. Gut gebauter Thorax. R. Intensive Dämpfg. im Bereiche d. Oberlappens. Bronch. Atmen, mittbl. u. grobbl. Rasselgeräusche. LVO Dämpfg. Verl. Exsp. Dzr. = + Puls = 90.	Larynx: Ausgedehn[te] Ulcerat. Tu[mor] Tumor an Epiglottis
108 (102)	Herr N. 34 Wittwer	Frau an florider Tub. †	Scarlatina, Icterus, Gonorrhoe. Oft Fieber. Pleuritis exsudat. Kumyskur. Seit 3 M. Abmagerung — 38 Pf. Oft Verdauung gestört.	3 M. bezügl. 1 J.	Mittlerer Wuchs. Blässe. H = $174^1/_2$. LV bis III Rp. HO bis Spina scapulae intensive Dämpfg. Reichl. Rasseln d. unter Olavicula fast conson. LVU v. d. IV Rp. an u. LHU exquisit pleurit. Reiben, Stimmfremitus abgeschw. RVO Percussion verkürzt. Abgeschw. Rp. einzelne zähe Rhonchi. Dzr. = — Puls = 80.	—
111	Herr N. 38 verheiratet.	Mutter Tub. pulm. †	Scarlatina, Malaria, 3 mal Pneumonie zum letzten mal vor 2 M. Ueberanstrengung im Beruf, Haemoptoen. Nachtschweisse, Fieber.	1 J.	Habitus phthisicus exquisit. Sehr reduciert. LV Dämpfg. bis IV Rp. Bronch. Atmen, reichl. metall. grobbl. u. feinbl. conson. Rasseln. H bis Angulus Scapulae Dämpfg. Bronch. Atmen, fein- u. mittelbl. Rasseln. RV bis IV Rp. H bis $^1/_2$ Scapula Dämpfg. Hauch. Exsp. conson. kl. u. mittelbl. Rasseln. Dzr. = + Puls = 130.	Darm.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

683. Sitzung am 28. November 1900.

Vorsitzender: Tiling, Secretär: stellvertr. Dobbert.

1. Tiling referirt über einen Fall von rupturirter Tubenschwangerschaft mit Ileuserscheinungen.

Pat. 33 a. n. welche vor 2 Jahren eine Bauchfellentzündung durchgemacht haben soll, litt seitdem an Schmerzen in der rechten Seite und Obstipation. Letztere hatte sich in den letzten 2 Monaten besonders bemerkbar gemacht, so dass Stuhl nur auf Klysmen erfolgte. Freitag den 24. November Abends hatte sich Pat. auch ein Klysma applicirt, empfand darauf bei Anwendung der Bauchpresse einen heftigen Schmerz im Leibe. Bald darauf stellte sich Uebelkeit und Erbrechen ein (6–8 Mal in 24 St.). Als T. Sonntag Pat. sah, hatte sie einen schnellen Puls 96, eine Athmung von 38 und sah blass aus. Der Leib war nicht empfindlich, wölbte sich besonders in der Nabelgegend spitz vor. In dieser Gegend machte sich eine gewisse Resistenz und Empfindlichkeit bemerkbar. Flüssigkeitserguss im Abdomen konnte nicht nachgewiesen werden. Das Erbrechen hatte sistirt. Der plötzliche Schmerz, die im Anschluss daran aufgetretene Uebelkeit und Erbrechen, die circumscripte Vorwölbung des Abdomens liessen es, bei Abwesenheit von Gasen und Stuhl, trotz hoher Eingiessungen, wahrscheinlich erscheinen, dass ein Volvulus der Flex. sigmoidea bestehe. Die vorgeschlagene Operation wurde verweigert. Nach mehrmaligen hohen Klysmen erfolgte Montag Abgang etwas gefärbter Massen mit dem Wasser, desgleichen Gase in geringer Quantität. Der Zustand der Pat. war derselbe. Ein paar Mal war Erbrechen gewesen, auch waren $^1/_2$ bis 1 stündlich kolikartige Schmerzen beobachtet worden, ohne sichtbare Peristaltik. Da nun $2^1/_2$ Tage seit dem Beginn des vermeintlichen Volvulus vergangen waren wurde Pat. überredet sich einer Operation zu unterwerfen, worauf sie schliesslich auch einging. Die Operation wurde Montag um 8 Uhr Abends ausgeführt. Vordem waren auf Klysma wieder Stuhl und Gase abgegangen. Auf dem Operationstisch machte es wohl den Eindruck, dass die Vorwölbung des Abdomen geringer und weicher geworden sei und wurde daher angenommen, dass eine Lösung des Volvulus vielleicht schon im Gange, aber noch nicht vollständig erfolgt sei. Hervorzuheben ist noch, dass die Menses regelmässig vorhanden gewesen sind und nur das letzte Mal von 11 tägiger Dauer gewesen sein sollen. Eine gynaekologische Untersuchung von sachverständiger Seite hatte die Betheiligung der Genitalsphäre an dem Krankheitsbilde in Abrede gestellt.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle erwies sich das Abdomen mit dunkelem flüssigen Blut erfüllt, welches aus dem Becken zu stammen schien. Bei Besichtigung der Geschlechtsorgane wurde in der linken Tube nahe am Uterus ein Loch von 1 Ctm. Grösse gefunden aus welchem Blut hervorsickerte. Die Därme waren nicht stark gebläht, die Flexur mittelgefüllt, nirgends Erscheinungen einer Abklemmung. Nach Unterbindung wurde die Tube mit dem Ovarium entfernt.

Es handelte sich also in diesem Falle um einen Lapsus der Diagnose. Die plötzliche Entstehung, das Erbrechen, die Uebelkeit, die Configuration des Abdomen, das Fehlen von Gasen und Faeces hatten ein, dem klassischen Volvulus entsprechendes Bild vorgetäuscht. In diagnostischer Beziehung hat dieser Fall grosses Interesse. Das aetiologische Moment des Darmverschlusses in gegebenem Falle ist aber unklar. Blutergüsse ins Abdomen rufen doch meist nicht Koprostase mit Erscheinungen von Ileus hervor. In letzter Zeit hat man bekanntlich mehr Acht auf den sog. dynamischen Ileus gegeben, welcher ein paralytischer und ein spastischer sein kann. Auf nervöser Grundlage beruhend hat man, besonders

Sonstige Complicationen	Fieber Eintritt	Fieber Austritt	Tbbc. Eintritt	Tbbc. Austritt	Gewicht Eintritt	Gewicht Austritt	Gewicht Differenz	Character, Temperament	Besonderes im Verlaufe der Anstaltskur	Besondere Behandlung	Kurtage	Resultat	Befund beim Austritt. Weiteres Ergehen
Laryngitis.	F.	f.	+	+	133 1/2	138	+4 1/2	Sanguiniker, sehr um sich besorgt.	—	Tannigen.	20	p.	Subjectiv gebessert. Das Rasseln etw. abgenommen sonst keine wesentl. Veränderung. Zog nach Nizza.
Pityriasis versicolor.	f.	f.	+	+	175	179 3/4	+4 3/4	Ruhig, ernst, pflichttreu, bescheiden, intelligent.	Schlucken sehr erschwert.	Heroin. Larynx: Parachlorphenol. Acid. lact.	20	—	Subjectiv gebessert. Lokal keine Veränderung. Geht in ein Hospital nach Petersburg.
Anaemie. Darmkatarrh.	f.	— V.	5—6	2	149 1/2	167 1/2	+18	Phlegmatiker, sehr um sich besorgt. Streng in der Kur.	Ausgezeichnet erholt.	Kreosot. Ol. jecor. aselli Fol. Salvinae Mouche. Calomel. Rheum.	65	p.	Verbleibt im Sanatorium. Befund v. 26/XII. Dämpfg. L weniger intensiv V bis II Rp. H bis Spina. Rasseln bedeutend abgenommen, nur vereinzelt. R Percussionston wenig verkürzt. Abgeschw. Resp.
Anaemie. Icterus.	F.	f.	+	+	121	122 1/2	+1 1/2	Sanguiniker, bescheiden.	Agrypnie.	Chinin. sulf. Perco. Bismuth. sal.	10	—	Keine Veränderung. Verlässt d. Sanatorium nachdem er sich etwas v. d. Strapazen d. weiten Reise erholt um ins Hospital od. nach Hause zu gehen. † in Petersburg.

bei Hysterischen, einzelne Gebiete des Darmes vollständig paralytisch gefunden, in anderen Fällen im Gegentheil, Zustände spastischer Contraction beobachtet, welche bei der Operation allmählich zurückgingen.

Ein Aufhören der Paralyse nach der Operation scheint auch in diesem Falle sich anzubahnen, der Zustand der Pat. ist ein bedeutend besserer, der Puls hat sich gehoben, Uebelkeit und Erbrechen fehlen, was zum Theil auch der Aethernarkose zu verdanken ist.

Discussion:

Dobbert. Leichte Ileuserscheinungen in Folge rupturirter Tubengravidität werden nicht selten beobachtet, wie Stuhlverhaltung, Erbrechen, Auftreibung des Leibes. Auf Eingüsse erfolgt häufig auch nur Abgang geringer Flatus. Auf die Menge des ergossenen Blutes allein scheint es dabei nicht anzukommen. Höchstwahrscheinlich handelt es sich um reflectorische Lähmungszustände des Darmes, welche allerdings in so hohem Grade wie in dem referirten Falle zu den Seltenheiten gehören dürften. Was diesen speciellen Fall anbetrifft so ist es ja nach der Operation viel leichter als vor derselben die verschiedenen für Gravidität sprechenden Momente in der Krankengeschichte herauszufinden, immerhin ist das von T. geschilderte Bild ein derartiges, dass der Verdacht einer rupturirten Tubengravidität auch vor der Operation hätte ausgesprochen werden können. Was das Präparat anbetrifft, so lässt sich makroskopisch noch nicht mit Gewissheit bestimmen, ob es sich in der That um Graviditis extrauterina handelt.

Tiling. Tubenrupturen ausserhalb einer Gravidität sollen zu den grössten Raritäten gehören; die in Aussicht genommene mikroskopische Untersuchung wird über die Ursache der Ruptur genauen Anfluss ergeben. Betonen möchte ich nochmals, dass eine gynaekologische Untersuchung vorgenommen worden war, aber keine positiven Anhaltspunkte geliefert hatte. Pat. welche stets blutarm gewesen sein soll, ist nach Angabe der Angehörigen nicht auffallend blasser geworden, daher auch darauf kein besonderes Gewicht gelegt wurde. Eine andere Frage möchte ich noch beantwortet wissen, ob das Ovarium hätte zurückgelassen werden müssen oder nicht?

Dobbert. Nach den conservativen Principien, welchen die Gynaekologen jetzt fast allgemein huldigen, muss principiell die Erhaltung eines normalen Ovariums stets angestrebt werden. Ob die Möglichkeit dieses zu thun vorliegt kann nur von Fall zu Fall entschieden werden. Der bequemeren Stielung wegen, wird man zuweilen auch ein gesundes Ovarium mit entfernen. Liegen normale Verhältnisse des restirenden Ovarium der anderen Seite vor, so sind Ausfallserscheinungen nicht zu befürchten.

Tiling: Der bequemeren Stielbildung wegen wurde eben in diesem Falle das Ovarium mit entfernt.

Wanach fragt ob T. der Ansicht ist, dass die Pat. in Folge der Aethernarkose weniger erbrechen.

Tiling. Ja.

Wanach. Nach meinen Erfahrungen erbrechen die Pat. nach Aether nicht weniger als nach Chloroform, besonders gilt das von dem Erbrechen während der Narkose.

Tiling. Es kommt darauf an wie viel Aether zur Narkose verwandt wird. Geübte Narcotiseure verbrauchen auch bei grossen und langdauernden Operationen nicht mehr als 120—150 ccm. Aether. Bei so geringem Verbrauch ist das Erbrechen auch während der Narkose, besonders aber nach derselben, geringer als nach Chloroform.

Nachtrag: Tiling. Pat. ist nach normalem postoperativem Verlaufe nach Hause entlassen worden. Die mikroskopische Untersuchung des Präparates steht noch aus, doch dürfte

es sich doch um Schwangerschaft handeln, da im Ovarium ein Corpus luteum verum nachgewiesen ist.

Vermischtes.

— Es erhält sich das Gerücht, dass Dr. Tschetschot seinen Posten als Oberarzt an der hiesigen städtischen Irrenanstalt Nikolaus des Wunderthäters aufgeben wolle, weil er die Hoffnung verloren habe, dass unsere Stadtverwaltung etwas für die Abschaffung der heillosen Zustände in der genannten Anstalt thun werde.

— Der Professor der Chemie an dem hiesigen weiblichen medicinischen Institut Dr. Zaleski ist auf sein Gesuch von diesem Amte enthoben worden.

— Zum Nachfolger des Prof. Podwyssotzki auf dem Lehrstuhl der allgemeinen Pathologie an der Kiewer Universität ist der bisherige Privatdocent der Moskauer Universität Dr. Lindemann gewählt worden.

— Der ausserordentliche Professor der Histologie und Embryologie an der Universität Tomsk, Dr. Smirnow, ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

— Der ausserordentliche Professor und Director der chirurgischen Facultätsklinik in Warschau, Dr. M. Wassiljew hat krankheitshalber seinen Abschied genommen.

— Zur Abschätzung und Beurtheilung der wissenschaftlichen Arbeiten und der Lehrtüchtigkeit der Candidaten für den Lehrstuhl der normalen Anatomie an der Militär-Medicinischen Akademie ist von der Conferenz der genannten Akademie eine Commission niedergesetzt worden, welche, unter dem Vorsitz des Prof. K. N. Winogradow, aus den Professoren N. Kruglewski, I. P. Pawlow, M. Lawdowski und N. Cholodkowski besteht.

— Dem Mag. pharm. und Dr. med. der Berliner Universität M. Blauberg ist, wie die «Nordl. Ztg.» erfährt, vom Conseil der Universität Jurjew (Dorpat) die Venia legendi als Privatdocent für das Fach der Toxikologie ertheilt worden.

— Verstorben: 1) Am 18. April in St. Petersburg der Ordinator am hiesigen städtischen Kalinkin-Hospital Dr. Abraham Hollberg an Apoplexie im Alter von 49 Jahren. Als er nämlich zur Ausübung seiner ärztlichen Praxis ein Haus in der Ssergiewskaja betrat, fühlte er sich plötzlich unwohl und verstarb auf der Stelle. Als Arzt ist er seit 1880 thätig gewesen. — 2) In Moskau am 19. April der Assistent beim Cabinet für vergleichende Anatomie der Moskauer Universität Dr. M. Chomjakow. Der Verstorbene hatte erst vor Kurzem den Cursus an der Moskauer Universität absolvirt. — 3) Der Landschaftsarzt im Gouv. Wologda Al. Popow im 30. Lebensjahre. Er hatte seine ärztliche Thätigkeit erst vor 3 Jahren begonnen. — 4) Am 15. (28.) April in Erlangen der Prof. ord. der Chirurgie Dr. W. Heineke im Alter von 68 Jahren. Der Heimgegangene, welcher über 33 Jahre als ordentlicher Professor in Erlangen gewirkt hat, ist auch als Verfasser von mehreren Lehrbüchern und mehreren Arbeiten in dem Sammelwerke von Pitha, Billroth und Lücke bekannt. — 5) In Budapest der Professor der Psychiatrie Dr. Carl Laufenauer, welcher sich grosse Verdienste um die Regelung der Irrenpflege in Ungarn erworben hat.

— Prof. v. Hansemann (Berlin) hat die Berufung als ordentlicher Professor der pathologischen Anatomie an die Universität Leyden abgelehnt.

— Der Privatdocent der Geburtshilfe Dr. v. Franqué in Würzburg ist zum ausserordentlichen Professor ernannt worden.

— An der Universität München sind die Privatdocenten Dr. Haug (Ohrenheilkunde), Dr. Mollier (Anatomie) und Dr. Cremer (medicinische Physik) zu ausserordentlichen Professoren ernannt worden.

— Zur Errichtung eines Denkmals für den grossen Chirurgen Ollier in Lyon hat sich unter dem Vorsitz des Decans der Lyoner medicinischen Facultät Prof. Lortet ein Comité gebildet, dem von Deutschen die Professoren von Bergmann, Czerny, König, Küster, von Leyden, Sonnenburg u. A. angehören.

(Allg. med. C.-Ztg.)

— Bekanntlich geht die russische medicinische Wochenschrift «Wratsch» nach dem Willen ihres vor Kurzem verstorbenen Redacteurs Prof. Manassein zu Ende dieses Jahres ein. An Stelle derselben beabsichtigt die Verlagsbuchhandlung von C. Ricker vom nächsten Jahre an ein neues Fachblatt unter dem Titel «Русскій Врачъ» (Russischer Arzt) herauszugeben, das dem Andenken Prof. Manassein's gewidmet und eine Fortsetzung des gegenwärtigen «Wratsch» sein soll. Die Redaction der neuen Wochenschrift wird der bekannte Pathologe Prof. W. Podwyssotzki in Odessa übernehmen. Als zweiten Redacteur wird Dr. Wladislawlew, der den «Wratsch» seit dem Tode Manassein's redigirt, in St. Petersburg fungiren, wo auch das neue Blatt gedruckt werden wird.

— Als Candidaten für den Lehrstuhl der Kinderkrankheiten an der Universität Tomsk haben sich dem «Jeshened.» zufolge der Ordinator an der Kinderklinik in Tomsk Privatdocent Dr. S. Timachew, der Privatdocent der Militär-Medicinischen Akademie Dr. W. P. Shukowski und Dr. Iwanow gemeldet.

— In London findet bekanntlich in diesem Jahre vom 22. bis 26. Juli n. St. der britische Tuberculosecongress statt. Einer Aufforderung des Organisationscomités des erwähnten Congresses Folge leistend, hat sich in Berlin ein deutsches Comité gebildet, um in Deutschland die Interessen des Congresses zu fördern. In dieses deutsche Comité sind gewählt worden: zu Ehrenpräsidenten — der Herzog von Ratibor und die Minister Graf v. Posadowski und Dr. Studt; zu Vorsitzenden — Prof. Dr. v. Leyden und Prof. Dr. B. Fränkel; zum Schriftführer — Privatdocent Dr. Paul Jacob. — Ob vom britischen Organisationscomité auch an Russland eine derartige Aufforderung ergangen ist, darüber verlautet bisher noch nichts.

— Die Gesammtzahl der Studirenden der Warschauer Universität beträgt im laufenden Semester 1202, von denen 373 der medicinischen Facultät angehören. Dazu kommen noch 108 Apothekergehilfen, welche die pharmaceutischen Curse besuchen.

— In Paris practiciren gegenwärtig 77 Aerztinnen, ausserdem sind noch ungefähr 20 in der Provinz thätig.

(Allg. med. C.-Ztg.)

— Beim Kiewschen bacteriologischen Institut, das hauptsächlich durch die Spenden des dortigen Zuckerfabrikanten L. Brodski gegründet worden, ist eine alljährlich zu verleihende Prämie für die aus diesem bacteriologischen Institut hervorgegangenen besten Arbeiten über die Bacteriologie und die Infectionskrankheiten gestiftet worden. Zur Prämie werden die Zinsen eines Capitals von 5000 Rbl. verwandt werden.

— Die Prüfungen zur Erlangung des Arztgrades an der Militär-Medicinischen Akademie haben am 19. April begonnen und werden gegen 4 Wochen dauern.

— Ein von zahlreichen Lepraforschern aller Länder unterzeichnetes Circular fordert alle Aerzte auf, einen Beitrag zur Errichtung einer Büste des um die Bekämpfung der Lepra so hochverdienten Armauer Hansen in Bergen zu spenden. Der Beitrag, in der Höhe von 10—20 Mark (5—10 Rbl.), ist an Dr. Sandberg in Bergen, Norwegen, zu übersenden.

— In Manchester dauern die Arsenvergiftungen durch Bier, welche im December vorigen Jahres zuerst auftraten, noch immer fort. Es sollen bereits gegen 3000 derartige Vergiftungsfälle (nach dem Bericht der städtischen Sanitätscommission) dort vorgekommen sein. Durch die chemische Untersuchung ist festgestellt worden, dass das Arsen von dem arsenikhaltigen Brauzucker herrührt, den Fabriken in Liverpool und London geliefert haben.

— Bezüglich der Frage, ob die unentgeltliche Cur von Syphilitikern in den städtischen Krankenhäusern obligatorisch ist, liegt der «Düna-Ztg.» zufolge eine Senatsentscheidung vor, nach welcher die unentgeltliche Verpflegung von solchen Kranken nur für diejenigen Krankenhäuser obligatorisch ist, die früher zur Behörde für öffentliche Fürsorge competirten und darauf in die Verwaltung der Communalorgane übergegangen sind. Auf städtische Krankenhäuser jedoch, die ausschliesslich mit städtischen Mitteln begründet worden sind und unterhalten werden, ist der erwähnte Senatsbeschluss nicht anwendbar, da der Senat zudem mehrfach erläutert hat, dass den Städten nur das Recht zustehe, aus eigenen Mitteln Wohlthätigkeitsanstalten zu gründen, dass sie dazu jedoch durchaus nicht verpflichtet sind.

— Pestnachrichten. Aus Konstantinopel kam am 1. Mai n. St. die Nachricht, dass in Galata ein verdächtiger Fall bei einem 30jährigen eingeborenen Arbeiter einer Makkaronifabrik vorgekommen ist, der sich durch die bacteriologische Untersuchung als Pesterkrankung erwiesen hat. Später sind keine weiteren Erkrankungen gemeldet worden.

— Lactophenin bei Fleckfieber. Prof. Curschmann (Leipzig) empfiehlt in seiner in der Nothnagelschen «Speciellen Pathologie und Therapie» vor Kurzem erschienenen Monographie über das Fleckfieber (die Bezeichnung Flecktyphus vermeidet Verf. grundsätzlich) von den medicamentösen Antipyreticis besonders das Lactophenin, weil dasselbe «so gut wie keine ungünstige Nebenwirkung auf Herz und Athmung ausübt und bei starker antipyretischer Wirkung einen besonders guten Einfluss auf erregte, delirirende, schlaflose Fieberkranke besitzt».

Bf.

✦ **Nächste Sitzung des Vereins St Petersburger Aerzte: Dienstag den 8. Mai 1901.**
Tagesordnung: 1) Ebermann. Ueber Conservirung der Leichen u. verschiedener Präparate nach E Marini.
2) Fick. Ueber Gallenrückfluss nach Gastroenterostomie.
3) Kreps. Urologische Beobachachtungen.
4) Hundoegger. Ein Fall von Priapismus.

✦ **Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 7. Mai 1901.**

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau L. A. Bogoslawskaja, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.
Берта Федоровна Панова, Спасская ул. д. 24, кв. 7.
Olga Bode, Вас. остр., 14 лин., д. 33 кв. 2.
Schwester Const. Schmidt, Петерб. ст. Матвѣевская ул. д. 9, кв. 20.
Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.
Schwester Elise Tenisson, Невскій просп. д. 136, кв. 13.
Frau Hasenfuss, Мал. Подъяческ. д. 14 кв. 15.
Frau Amalie Schulz, Фонтанка № 137 кв. 119.

Дозв. ценз. Спб., 30 Апрѣля 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 18 St. Petersburg, 5. (18.) Mai 1901

Ueber die Erkrankungen des Conus medullaris und der Cauda equina.

Von

Dr. med. Theodor Schwartz,
Nervenarzt.

(Vortrag, gehalten am 6. September 1900 in der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.)

Im Nachstehenden möchte ich mir erlauben, über 2 Fälle von Erkrankungen des Conus medullaris und der Cauda equina zu berichten, welche ich kürzlich beobachtet habe.

Ich möchte versuchen, die Fälle besonders vom chirurgischen Standpunkte aus zu beleuchten, indem jetzt ein chirurgischer Eingriff in den Fällen der letzten Art (Erkrankung der Cauda) zuweilen vorgenommen worden ist. Trifft nun dieses bei meinen Fällen auch nicht zu, da in dem einen dazu geeignet erscheinenden Falle wegen späterer Modification der Diagnose von einem Eingriff Abstand genommen wurde, so meine ich, sind sie doch passend dazu, um an der Hand derselben die chirurgischen Indicationen zu besprechen.

Das Eingehen auf die Rückenmarkstumoren überhaupt mit einigen Worten sei mir zuerst noch gestattet.

Dieselben hatten bis vor 13 Jahren nur ein pathologisch-anatomisches Interesse. In den 70er Jahren hatten Leyden, Gowers, Erb wohl die chirurgische Inangriffnahme von Rückenmarkstumoren empfohlen, doch kam dieselbe nicht zur Ausführung, bis endlich 1887 Victor Horsley mit Gowers einen Fall mit glänzendem Erfolg operirte.

Da dieser Fall einen Markstein in der Geschichte der Rückenmarkstumoren bedeutet, so sei es mir gestattet, ihn in Kürze zu referiren; ich citire ihn nach Bruns[1]), der wieder Goldscheider's Rückenmarkschirurgie als Quelle angiebt. «Es handelt sich um einen 42jährigen Kapitain, der 1884 mit Intercostalschmerzen unter dem linken Schulterblatt erkrankte, welche bis Februar 1887 anhielten. Weiterhin entstand eine Schwäche und Gefühlsabnahme beider Unterextremitäten, dann Retentio urinae. Im Juni 1887 Paraplegie und totale Anästhesie bis zum Schwertfortsatz (nach Head 6. und 7. Dorsalwurzelgebiet); in dieser Ebene und etwas darüber fanden sich heftige, ausstrahlende Schmerzen, also etwa der 6. und 5. Dorsalwurzel entsprechend. Kurz vor der Operation war das Gefühl im 5. ICR. (6. Dorsalsegment) beiderseits erloschen und links auch noch im 4. ICR., dem Hauptgebiete der 5. Dorsalwurzel, unsicher. Schmerzen bestanden im Gebiet des 5. und 6. Dorsalsegments. Horsley bezog nach den damaligen Anschauungen die höchst segmentären Symptome seines Falles auf das 5. Dorsalsegment und operirte so, dass er den obersten Theil dieses Segments treffen musste. Er entfernte den 4., 5. und 6. Dorsalwirbelbogen und legte damit die 5. Dorsalwurzel in ihrer ganzen Länge bloss. Aber er fand hier die Geschwulst nicht, sondern er traf auf ihr unteres Ende erst am Ursprung der 4. Dorsalwurzel, als er auch noch den 2. und 3. Dorsalwirbelbogen entfernt hatte, und das obere Ende, das bis an die 3. Dorsalwurzel reichte, wurde erst erreicht, als auch noch der 1. Bogen entfernt wurde. Der Tumor war ein Fibromyxom von Lambertsnussgrösse und mit dem Rückenmark nicht verwachsen. 10 Tage nach der Operation konnte das rechte, nach 6 Wochen das linke Bein bewegt werden, und schliesslich konnte der Kranke 3 Seemeilen gehen und Urin und Stuhl ohne Schwierigkeiten entleeren».

Etwas später weist Bruns darauf hin, dass Horsley deswegen zu tief operirte, weil er die Sherrington'sche Lehre von der Anastomosirung der einzelnen Nervenwurzeln noch nicht kannte und ausserdem Intercostalräume und Wurzelgebiete der Dorsalnerven identificirte.

Man sieht daraus jedoch erst recht, wie sicher die beiden berühmten Autoren in ihrer Annahme eines Tumors waren, dass sie, trotzdem sie den supponirten Tu-

[1]) Bruns: «Die Geschwülste des Nervensystems». Berlin 1897, p. 342.

mor an der angenommenen Stelle nicht fanden, den Muth hatten so viele Wirbelbogen nach aufwärts hinauf zu reseciren, bis ihr Bemühen von Erfolg gekrönt war.

Dieser Fall bedeutet in der That einen Umschwung in dem Denken der praktischen Aerzte; er bewies, dass die Rückenmarkstumoren von nun an nicht mehr ein noli me tangere durchaus zu bilden hätten, sondern im geeigneten Fall der chirurgische Eingriff das souveräne Mittel sei und auch auf Erfolg hoffen lasse.

Durch diesen Fall fand natürlich auch eine äusserst fruchtbringende Anregung statt, mit allen möglichen Mitteln die Diagnose eines Rückenmarkstumors nach Höhe und Ausdehnung und Sitz (extra- oder intramedullar) feiner auszugestalten, um die grösstmögliche Sicherheit zu erhalten, vorher bestimmen zu können, ob gegebenen Falls eine chirurgische Operation am Platz oder nicht. Erleichtert, oder überhaupt wohl erst möglich gemacht wurde eine derartige genaue Diagnose durch die grundlegenden Arbeiten eines Allen-Starr, Sherrington, Head, Edinger etc., welche uns Tafeln lieferten, auf denen die gesammte Oberfläche des Körpers in Bezirke eingetheilt ist, die den einzelnen Rückenmarkssegmenten, d. h. den Ursprungsgebieten der einzelnen Wurzelpaare entsprechen; nach diesen Tafeln bestimmt man im gegebenen Falle den Sitz des Tumors, indem man am Kranken den Sitz der höchstgelegenen Reiz- und Ausfallssymptome der einzelnen Wurzelzonen feststellt und auf den Tafeln nachsieht, welchem Rückenmarkssegment die Wurzelzone entspricht. Doch gilt dies nach übereinstimmenden Untersuchungen nur mit der Einschränkung, dass man im Auge behält, dass das Kerngebiet eines Muskels sich nicht auf ein einziges Segment im Rückenmark bezieht, sondern nach oben und nach unten noch in die benachbarten reicht; in Bezug auf die hinteren Wurzeln findet ein noch stärkeres Uebergreifen in die benachbarten Segmente statt, so dass z. B. die Durchschneidung einer hinteren Wurzel bei den Affen (nach Sherrington[2]) keine Ausfallerscheinung auf der Haut macht; «deshalb war Sherrington genöthigt, um den Hautbezirk einer hinteren Wurzel zu entdecken, alle anderen nach oben und unten hin zu durchtrennen; auf diese Weise konnte er eine sensible Zone bestimmen, welche nach oben und nach unten von Hautgebieten begrenzt war, in denen die Sensibilität fehlte».

Die Consequenzen für ein chirurgisches Vorgehen in geeigneten Fällen ergeben sich aus den letzten Sätzen von selbst. Zu beachten ist dabei aber, dass die Rückenmarkswurzeln nicht in der Höhe desjenigen Wirbels entspringen, mit dem sie nach der Bezeichnung correspondiren. Nach übereinstimmendem Urtheil Aller liegen die Verhältnisse so: der Ursprung der Wurzeln liegt — abgesehen von dem obersten Halsmark — höher als die Austrittsstelle der betreffenden Wurzel aus dem Wirbelcanal, und zwar nimmt der Abstand von oben nach unten zu und beträgt am Halsmark die Höhe eines Wirbelkörpers, am Brustmark die Höhe zweier Wirbelkörper, so dass also dem 11. Brustwirbel gegenüber der 2. Lendennerv entspringt, endlich zwischen dem 11. und 12. Brustwirbel der 2. Lendennerv; dem 12. entspricht der 3. und 4. Lendennerv; zwischen dem 12. Br.-W. und 1. L.-W. entspringen der 5. Lendennerv und 1. Sacralnerv, die übrigen Sacralnerven aus der Höhe des 1. Lendenwirbels.

Wie sehr nach dem Horsley'schen Fall das Interesse für derartige Erkrankungen geweckt wurde, sieht man daraus, dass Bruns[3]) in seinem Handbuche 1897 bereits über 20 operirte Fälle referiren kann. «In 18 von diesen 20 Fällen wurde der richtig diagnosticirte Tumor durch die Operation entfernt; einmal wurde er nicht gefunden, weil zu tief operirt war, einmal weil der Tumor ein flaches Sarcom der Häute war, das man bei der Operation nicht erkannte und auch nicht hätte entfernen können. In 6 von diesen 20 Fällen ist eine erhebliche Besserung bis Heilung erzielt, also genau in 30 pCt; in 2 wurde nur eine sehr geringe, rasch vorübergehende Besserung erzielt, in 12 Fällen trat der Tod ein; in 9 Fällen ziemlich rasch nach der Operation an Shok, Nachblutung, Sepsis; 3 Mal erst später in Folge Recidives, Marasmus, Weiterwachsens des bei der Operation nicht gefundenen Tumors».

Man sieht also, dass das Resultat des chirurgischen Eingriffes sehr ermuthigend ist, denn 6 Fälle von den 20 sind stark gebessert oder geheilt worden und bei den anderen wäre ohne Operation doch über kurz oder lang der Tod eingetreten.

Ich muss es mir versagen, hier näher auf die Fälle einzugehen, weil mich das zu weit führen würde, möchte jedoch nur kurz noch einen späteren Fall von Prof. Schultze erwähnen, welcher in der Bruns'schen Statistik nicht enthalten sein konnte, da er erst im Jahre 1898 von Schultze[4]) auf der Sitzung vom 12. December 1898 der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde mitgetheilt wurde unter dem Titel: «Ueber einen mit Erfolg operirten Fall von umschriebener Geschwulst der Dura mater spinalis mit langdauernder Rückenmarkscompression». Interessant ist hier vor allem die lange Dauer der Erkrankung vor der Operation: die 49jährige Patientin hatte seit 9 Jahren starke Schmerzen im Rücken in der Mitte der Schulterblätter, im Jahre 1891 «Magenkrämpfe», 1894 Schmerzen, welche für Gallensteinkolik gehalten wurden, 1897 Formication an den Füssen und spastisch-paretischen Gang; schliesslich plötzlich vollständige Lähmung.

Als sie Schultze in die Hände kam, bestand die Lähmung schon 10 Monate, die Sensibilität herabgesetzt bis entsprechend dem 8. Dorsalsegment; wegen Mangels der dissociirten Empfindungslähmung und wegen vorausgegangener Schmerzen nahm Schultze extramedullaren Tumor an und Prof. Schede vollzog die Operation. Der exstirpirte Tumor war 2 Zoll lang; ziemlich rasch schwanden die Lähmungserscheinungen. — Schultze erwähnt bei dieser Gelegenheit noch einen von Mikulicz und Lichtheim operirten Fall, in welchem die vorausgegangene Lähmung sogar 1—2 Jahre bestanden hatte. Nach der Operation konnte der Kranke gehen. Auf der Sitzung vom 26. Juni 1900 des Aerztl. Vereins zu Hamburg demonstrirte Boettiger ein Psammom der Med. spinalis. Symptome: Schmerzen im linken Bein, später Parese des rechten; analgetische Zone in der Hüftgegend, der 6.—9. Wirbelbogen wurde von Krause entfernt, dann der extradural liegende Tumor sichtbar. (Referat aus dem Neurolog. Centralblatt.)

Nach dieser Abschweifung auf das Gebiet der Rückenmarkstumoren überhaupt sei es mir gestattet, nun auf das speciellere, die Tumoren des Conus medullaris und der Cauda equina überzugehen, da ja meine beiden Fälle, welche ich weiter unten schildern will, gerade diese Gebiete berühren. Die Verhältnisse sind hier in mancher Beziehung viel complicirtere; vor Allem ist noch nicht einmal eine vollständige Einigung unter den Autoren darüber erzielt worden, von wo ab nach unten das Rückenmark als Conus medullaris bezeichnet werden soll. So merkwürdig das auf den ersten Blick erscheinen mag, ist es doch verständlich, wenn wir den Aufbau des unteren Endes des Rückenmarks betrachten;

---

[2]) citirt nach Head: «Die Sensibilitätsstörungen der Haut bei Visceralerkrankungen», deutsch herausgegeben von Dr. Schäffer. Berlin 1898, p. 33.

[3]) Bruns l. c. p. 348.

[4]) Schultze: Vereinsbeilage der Deutschen Medicinischen Wochenschrift Nr. 23, 1899.

wir sehen dann, dass die Grenzen des Conus medullaris nach oben hin gar nicht grobanatomisch ausgesprochen sind und mit dem Ausdruck Conus soll nur gesagt sein, dass das Rückenmarksende sich conisch zuspitzt.

Aus den anatomischen Lehrbüchern ist nichts Näheres zu erfahren, so sagt Pansch[5]) einfach: «nach unten hin hat es ein zugespitztes Ende, Conus medullaris, welches einen feinen Fortsatz, Filum terminale, noch bis in den Sacralcanal herabsendet». Die Ausdrucksweise von Heitzmann[6]) an der betreffenden Stelle ist um nichts klarer. Rauber[7]) drückt sich folgendermassen aus: «Die Lendenanschwellung erreicht am 12. Brustwirbel ihr Maximum und geht darauf in ein kegelförmiges Stück, den Conus medullaris, über».

Wie man sieht, ist die Ausbeute bei den Anatomen sehr gering. Deshalb war der Verzicht Bräutigam's, den Conus nach oben hin abzugrenzen, ganz gerechtfertigt. Nach Bräutigam's[8]) vergleichend-anatom. mikroskop. Untersuchungen sind die Veränderungen, welche das Rückenmark amConus erleidet, folgende: «weisse und graue Substanz sind nicht mehr scharf geschieden und in der ersteren treten die Mark fasern nicht mehr deutlich hervor, in den letzteren ebenso wenig ihr wesentlicher Bestandtheil, die Ganglienzellen», und etwas weiter unten: «die graue Substanz nimmt relativ weniger an Ausdehnung ab als die weisse und dadurch ändert sich im Conusgebiet das Verhältniss beider zu einander. Der Flächeninhalt der grauen Substanz ist jetzt grösser als derjenige des Markmantels, während im übrigen Rückenmark das umgekehrte der Fall ist. Der Centralcanal macht eine Ausnahme von dieser allgemeinen Grössenabnahme, er nimmt an Ausdehnung stetig zu und erweitert sich schliesslich zum Ventriculus terminalis». Diese Veränderungen finden sich nach ihm von der Höhe des 3. Sacralnerven nach abwärts.

Es erscheint mir auch sehr annehmbar, nach diesen Structurveränderungen des Rückenmarks die obere Grenze des Conus zu bestimmen. Die obere Grenze wäre also zwischen dem 2. und 3. Sacralsegment zu ziehen.

Es sei mir nun noch gestattet die anatomischen Verhältnisse der Cauda kurz zu recapituliren:

Das Rückenmark reicht nur bis zum 1. oder 2. Lendenwirbel; die Lumbal-, Sacral- und Coccygealnerven müssen daher einen langen Weg zurücklegen, ehe sie aus ihren entsprechenden Austrittslöchern herauskommen; dadurch entstehen am unteren Ende des Rückenmarks lange Faserzüge, welche in toto eben «Cauda equina» genannt werden; dabei ist zu beachten, dass das Wurzelfasern sind, nicht periphere Nerven; in der Cauda sind also sensible und motorische Fasern getrennt; die sensiblen sind nach hinten gelegen, die motorischen nach vorne; nach dem Austritt aus dem Wirbelcanal unterscheidet man die einzelnen Nerven, welche sofort nach ihrem Austritt den Plexus bilden und von diesem erst trennen sich die eigentlichen peripheren Nerven. Nun ist es klar, dass man gegebenen Falls aus dem Verbreitungsgebiet eines peripheren Nerven oder besser gesagt aus der Affection desselben, keinen Schluss zur Localisation einer Erkrankung im Wirbelcanal machen kann, denn im Plexus vereinigen sich Nerven aus verschiedenen Wurzelgebieten. Zu einer Segmentdiagnose auf diesem untersten Rückenmarksabschnitte waren erst die schon eingangs erwähnten Untersuchungen von Sherrington, Thorburn etc. nöthig, welche aus den Erfahrungen bei localisirten Erkrankungen des Rückenmarks die Tabellen für die den einzelnen Segmenten correspondirenden Haut- und Muskelbezirke feststellten. — Nach diesen einleitenden Bemerkungen möchte ich nun auf die beiden von mir beobachteten Fälle übergehen.

Fall 1. Kaufmann M., 61 a. n.; ich sah ihn zuerst am 16. Juni 1900 bei Gelegenheit einer Consultation; weil der College verreiste, übergab er ihn mir zur weiteren Behandlung. Die Anamnese war folgende: der Kranke war seit $3^1/_2$ Jahren leidend; die Krankheit hatte mit Schmerzen im Gebiet des rechten Ischiadicus, wie es scheint, begonnen, sie waren sehr heftiger Natur und anhaltend; sie wichen nicht den üblichen Behandlungsmethoden; auch Gebrauch von Bädern in Kemmern hatten keinen besonderen Einfluss. Nach circa $^1/_2$—1jährigem Bestehen der Beschwerden hauptsächlich im rechten Bein traten ähnliche Schmerzen auch im linken auf, auch Schmerzen in beiden Glutaealgegenden.

Im Jahre darauf in Pernau in der Wasserheilanstalt, wie es scheint, ohne besonderen Erfolg. Allmähliche Zunahme der Beschwerden; Pat. wurde immer hilfloser, es stellte sich Schwäche in den Unterextremitäten ein; seit ca. Anfang Mai dauernd ans Bett gefesselt, weil die Parese zu sehr zugenommen. Dabei fortwährend die heftigsten Schmerzen, durch beide Beine ziehend, auch die Kreuzbeingegend schmerzhaft. Keine Blasen- und Mastdarmbeschwerden während der ganzen Zeit. Abmagerung der Beine. Keine Lues zugegeben; Potus wahrscheinlich. Aus der ersten Ehe 8 Kinder; mit der zweiten Frau keine Kinder, wie es scheint 1 Mal mit derselben Abort vorgekommen; irgendwelche sonstige ätiologischen Anhaltspunkte fehlen. Kein Trauma.

Status praesens: Patient liegt in der halben linken Seitenlage; der Oberkörper ruht auf erhöhter Unterlage; beide Unterextremitäten zeigen in ihrer Totalität bedeutende Atrophie, auch die Glutaealgegend erscheint sehr schlaff. Die anderen Körpertheile nicht atrophisch; in besonders hohem Grade erscheinen die Muskeln des rechten Unterschenkels atrophisch. Haut rein, keine besondere Narben. Am Halse links grosses Lymphoma (besteht seit der Jugendzeit, ist nicht gewachsen in den letzten Jahren); Nervenstämme auf Druck nicht empfindlich; Patient vermag die Oberschenkel nur mit geringer Kraft anzuziehen und zu strecken; die Bewegungen in den Unterschenkeln sind noch kraftloser. Der rechte Ischiadicus ist rechts für den galvanischen Strom nicht erregbar; für die betreffenden Muskeln gleichfalls Unerregbarkeit; links lässt sich bei sehr starken Strömen vom selben Nerven nur eine geringe Zuckung erzeugen. Bei directer Muskelreizung träge Zuckungen.

Die anderen Nervengebiete werden wegen zu starker Schmerzen des Patienten bei jeglichem Manipuliren nicht elektrisch geprüft. Das Lagegefühl der Muskeln erhalten. Berührungsempfindung ebenfalls. Die Schmerzempfindung rechts am äusseren Rande des Unterschenkels vom Knie herab bis auf den äusseren Fussrand deutlich herabgesetzt, an manchen Stellen volle Anästhesie; an der hinteren Seite des Oberschenkels im medialen Theil ein ziemlich breiter hypästhetischer Streifen, welcher etwa von der Glutaealfalte bis nach abwärts zur Kniekehle zieht; in den beiden an- resp. hypästhetischen Bezirken Differenzirung zwischen warm und kalt erschwert, an manchen Stellen unmöglich.

Die Patellarreflexe fehlen beiderseits. Cremasterreflex erhalten. Keine Urin- und Mastdarmbeschwerden. Die Gegend des 4. Lendenwirbels deutlich empfindlich, so-

[5]) Pansch: Grundriss der Anatomie des Menschen. Berlin 1881, p. 444.

[6]) Heitzmann: Descript. und topogr. Anatomie des Menschen. Wien 1885. II. Theil, p. 145.

[7]) Rauber: Lehrbuch der Anatomie. II. Theil, p. 310, citirt nach Bräutigam, siehe weiter unten.

[8]) Bräutigam: Vergleich. anatom. Untersuchungen des Conus medullaris. (Aus dem Laboratorium der Prof. Obersteiner in Wien.) Inaug.-Diss. Dorpat 1892, p. 27.

wohl gegen starken Fingerdruck als auch bei Schlag mit dem Percussionshammer; weniger deutlich die Empfindlichkeit über dem 3. Lendenwirbel; Schall über beiden gedämpft. Der 2. und 1. Lendenwirbel sind etwas kyphotisch vorgewölbt, doch nicht empfindlich. Die Rectaluntersuchung lässt nichts Abnormes erkennen, insbesondere zeigen die Wirbel, so weit man hinauf reicht, scheinbar nichts Patholonisches. Am Condylus ext. des rechten Humerus Auftreibung, ziemlich hart, diffus, über Wallnussgrösse. Die Bewegung im Ellenbogengelenk sehr schmerzhaft, Pat. benutzt deswegen den rechten Arm wenig (die Auftreibung soll innerhalb der letzten 4 Monate entstanden sein). — Ueber den Verlauf der Krankheit will ich nur noch mittheilen, dass nachdem der Kranke ca. 2½ Wochen lang mittlere JK-Dosen (3—4 Gramm täglich) genommen hatte — dies geschah nach Uebereinkunft mit einem Chirurgen, Herrn Dr. Klemm, den ich gleich Anfangs hinzugezogen hatte — der Tumor am Condylus extr. humeri sich deutlich verkleinerte, so dass der Patient seinen rechten Arm wieder ganz schmerzfrei bewegen konnte; auch die fürchterlichen Schmerzen in beiden Beinen hatten bedeutend nachgelassen, wenigstens zeitweise, so dass die nöthigen Umlagerungen des Patienten von der Umgebung mit weniger Schmerzen für den Kranken ausgeführt werden konnten; die motorische Lähmung dagegen blieb dieselbe: nach kurzer Zeit traten Blasen- und Mastdarmstörungen hinzu, Incontinenz, dabei floss sowohl der Urin ab, ohne dass der Kranke eine Empfindung davon hatte, noch merkte er den Abgang des Stuhles.

Eine Woche lang wurde auch noch die Schmiercur angewandt, doch traten sehr bald Collapszustände auf und am 25. Juli trat endlich der Tod ein unter Erscheinungen von Herzparalyse. In der letzten Woche war eine leichte Parese des rechten Facialis im unteren Aste aufgetreten (wohl auf Thrombose eines Hirngefässes zurückzuführen).

Ich möchte gleich kurz die zweite Krankengeschichte anschliessen: Am 14. December 1899 untersuchte ich den S. N., 35 a. n., jüdischer Abkunft. Aus seiner Anamnese ist nur folgendes wesentlich: vor 1 Jahre hatte er eine schwere Tonne gehoben, hatte plötzlich einen Schmerz im Kreuz verspürt, bald darauf Incontinenz, Mastdarmlähmung, Impotenz, Parese der Beine. Keine besonderen Schmerzen; nach mehrwöchentlicher Bettruhe im Krankenhause allmähliche Besserung; leugnet jede venerische Infection; früher immer gesund gewesen. Seine Klagen beschränken sich gegenwärtig auf Parästhesien in der Kreuz- und Analgegend, an den Fusssohlen und kleinen Zehen. Coitus möglich, doch bemerkt er den Samenabgang nicht, hat keine Empfindung davon, Potenz etwas gesunken.

Status praesens: Motor. Functionen gut, keine Paresen; in den Analgegend, an der Glutaeen, an der hinteren Seite der Oberschenkel An- resp. Hypästhesie. Reithosenförmig; in der Wadengegend und an der Fusssohle ebenfalls. Scrotum und Penis ebenfalls anästhetisch.

An der Wirbelsäule keinerlei Difformität oder Schmerzen. Patellarreflexe erhalten. — Seit vielen Monaten hat Patient keine Veränderungen an seinem Zustande bemerkt.

Es fragt sich nun, was lag diesen beiden Krankheitsbildern zu Grunde. Beide bieten gewiss manche gemeinsame Züge und weisen auf eine bestimmte Gegend als Krankheitsherd hin, nämlich die untersten Rückenmarksabschnitte, doch differiren sie auch in wesentlichen Punkten. Im ersten Fall wird die Diagnose des Sitzes ganz ungemein erleichtert durch die Druckempfindlichkeit des 4. und 3. Lendenwirbels; nimmt man dazu den Tumor an dem Condylus extr. humeri, so war gewiss in Anbetracht der langen Dauer der Erkrankung, 3½ Jahre, es am ungezwungensten, an einen langsam wachsenden Tumor, etwa ein Sarcom oder Carcinom des Wirbels zu denken, und die erst nach 3 Jahren aufgetretene Geschwulstbildung am Condylus extr. hum. als Metastase aufzufassen. Um mich hierüber zu vergewissern, consultirte ich auch den Chirurgen, und um gleichzeitig auch über eine eventuelle Operation mich zu berathen. Der Kranke wollte jedoch von einer Operation nichts wissen, auch konnten wir ihm wegen seines bereits sehr schlechten Allgemeinbefindens und der, wie wir glaubten, als Metastase aufzufassenden Geschwulst am Condyl. hum., mit gutem Gewissen nicht zureden. Wir kamen daher überein ihm JK. zu geben, was er übrigens während seiner ganzen Krankheit nicht erhalten hatte, obgleich wir eine Lues nicht feststellen konnten. Nach der Wirkung dieser Medication auf den Tumor am Condyl. hum. war es aber gewiss einwandsfrei bewiesen, dass der Tumor ein syphilitischer war, und wurde man so zu der Annahme gedrängt, dass der krankhafte Process am IV u. III L. W. ebenfalls syphilitischer Natur sei. Am wahrscheinlichsten war es dadurch, anzunehmen, dass der IV u. III L. W., welche ausgesprochen empfindlich waren, der primäre Erkrankungsherd seien, dass also eine syphilitische Ostitis vorliege, dass von hier die Entzündung auf den Centralcanal übergegriffen habe, und zwar in der Höhe besonders des IV u. III L. Wirbels, aber wohl auch nach oben und unten hin, durch die in diese Gegend gesetzten Entzündungsproducte konnte man sich dann die Compression oder Entzündung der hier vorbeipassirenden Fasern der Cauda sehr gut vorstellen; hiermit liessen sich auch die beobachteten Krankheitserscheinungen, also vor Allem die motor. Lähmungen, gut in Einklang bringen; denn in der Höhe des IV u. III L. W. verlaufen noch alle Fasern der Cauda equina mit Ausnahme der 1. und 2. Lendenwurzeln, welche dann schon aus den Foram. intervertebralia ausgetreten sind; und gerade das 1. und 2. Lendensegment versorgt ja Gebiete, welche in unserem Fall garnicht oder in geringem Masse afficirt waren. (1. Lendensegment — unterer Theil der Bauchmuskeln, Quadratus lumborum, Haut über der unteren Hälfte des Abdomen; 2. Lendensegment — Psoas, Iliacus internus, Cremaster, Sensibilität der Hoden, äussere Seite der Hüfte, mons Veneris); der Psoas und Iliacus internus waren hier wohl auch paretisch, doch viel geringer als die übrigen Beinmuskeln und natürlich grenzt sich ein chron. syphilitischer Process an den Rückenmarkshäuten nicht so scharf ab. Der in dem Krankheitsfall constatirte Ausfall der Schmerzempfindung an der äusseren Seite des rechten Unterschenkels und an der hinteren mittleren Seite des rechten Oberschenkels entsprach der 5. Lendenwurzel und der 2. Sacralwurzel resp. diesen Segmenten, der 3. und 4. Sacralwurzel die später hinzutretenden Blasen- und Mastdarmstörungen.

Dass die beobachteten Erscheinungen auf Erkrankung des Sacralplexus oder Lumbalplexus zurückzuführen seien, geht schon aus dem Grunde nicht an anzunehmen, da gewiss bei Laesionen dieser dann bereits gemischten Nerven die sensiblen Störungen in viel hervorragenderem Masse hervorgetreten wären.

Das Krankheitsbild entsprach also vollkommen der sogenannten „Paraplegia dolorosa". Zu bemerken wäre noch der an einzelnen Stellen constatirte Ausfall des Vermögens die Temperaturen differenziren zu können. Eine primäre Conuserkrankung in diesem Fall auszuschliessen, ist ja wohl leicht, da wir als Hilfsmittel für die Diagnose die afficirten Wirbel haben, welche bedeudend niedriger sind als der Conus; dass er secundär durch die patholog. Wucherungen in den Bereich der Erkrankung in etwas wenigstens hineingezogen sei, wird

sich dagegen wohl nicht ausschliessen lassen. — Ganz anders verhält es sich mit dem 2. Kranken: hier erkrankt ein noch junger, vorher ganz gesunder Mann, an einer schweren körperlichen Anstrengung — plötzlich, und nach Abklingen der anfangs bestanden habenden motor. Lähmungserscheinungen resultirt schliesslich das oben geschilderte Krankheitsbild. Die daselbst constatirten Anaesthesien am Anus, an den Glutaeen, an der Hinterseite des Oberschenkels in den oberen Partien, an der Sohle und Wade entsprechen genau einer Affection einer fortlaufenden Reihe von Rückenmarkssegmenten resp. von hinteren Wurzelfasern, nämlich dem I—V Sacralsegment oder deren hinteren Wurzelfasern. Die Entscheidung dieser Frage, nämlich ob Conus oder Cauda-affection ist bei solchen Fällen, wo aber die Aetiologie eine andere ist, und man z. B. gedrungen ist, einen Tumor anzunehmen, welchen man exstirpiren will, sehr wichtig, da mit dieser Entscheidung auch das Niveau an der Wirbelsäule für den chirurg. Eingriff bestimmt wird, was hier um so werthvoller ist, als die Niveaudifferenz am Rückenmarkswirbel zwischen Conus und austretenden I Sacralwurzel bereits eine sehr beträchtliche ist, nämlich etwa 5 Wirbel. Was unseren Fall anbelangt, meine ich, ist eine Entscheidung nach dem Status praesens nicht möglich, berücksichtigt man aber das ganz plötzliche Eintreten, so ist wohl eher anzunehmen, dass eine kleine Blutung im Gebiet hauptsächlich des 1—5 Sacralsegments stattgefunden haben muss; dieselbe wird anfangs gewiss auch die unteren Lendensegmente[9]) direct oder indirect geschädigt haben, da ja auch Parese der Unterextr. bestand, doch wegen der Restitution der Muskelfunctionen kann die Schädigung nur eine geringe gewesen sein. Auch die Gleichheit der Symptome auf beiden Seiten würde mehr für Conusaffection sprechen; dann auch das Fehlen der Schmerzen. Danach wäre dieser Fall also als ein Fall von Haematomyelie des Conus medul. aufzufassen, wobei die Erkrankung hauptsächlich auf die 3 letzten Sacralwurzeln beschränkt sein wird. Schiff[10]) erwähnt 1896 einen ganz ähnlichen Fall und giebt an, bis dahin 6 ähnliche Fälle in der Literatur beschrieben seien; von diesen sind 3 zur Section gekommen, nämlich die Fälle von Westphal[11]), Oppenheim[12]) und Kirchhof[13]); 3 nur klinisch beobachtet, nämlich von Rosenthal[14]), Raymond[15]), Bernhardt[16]). Bis auf den Raymond'schen und Rosenthal'schen Fall lagen sie mir im Original vor.

Aus dem Bernhardt'schen Fall will ich erwähnen, dass bei diesem Impotentia generandi bei Potentia coeundi bestand; es blieb hier nämlich beim Coitus der secernirte Samen in der Urethra und floss erst post cohabitationem langsam und tropfenweise aus der Urethra (wegen Lähmung d. M. bulbocavernosus). Bei den 3 secirten Fällen bestand einmal eine gummöse Geschwulst des Sacralcanals (Westphal) das andere mal eine traumatische Haematomyelie und Myelitis (Oppenheim) und das dritte Mal nach traumatischer Fractur des 1. Lendenwirbels Abplattung des Rückenmarks in dieser Höhe; microscop. Atrophie besonders im Gebiet des Conus term. (Kirchof). Schiff führt in seiner erwähnten Arbeit an, dass Raymond[17]) 29 Fälle der Conus- und Caudaerkrankungen aus der Literatur zusammengestellt hat, bei diesen lag 11 mal ein Trauma vor, 14 mal Tumoren; 2 mal Operation, nämlich: 1) ein Fall von Thorburn. (1887) hier bestand Luxation des II. Lendenwirbels; nach Abtragung des Lendenwirbelbogens nahezu vollständiges Schwinden der Symptome; 2) im Laquer'schen[18]), Fall «wo nach Exstirpation eines Lymphangioma cavernosum aus dem Kreuzbeincanal sehr quälende Beschwerden fast völlig beseitigt wurden». Zu diesen 29 Fällen kommen dann 7 Fälle, welche aus der Strümpell'schen Klinik veröffentlicht wurden und zwar von L. Müller[19]); 3 von diesen kamen zur Section (1 Fall von Sarcom des Kreuzbeines, 1 Fall von Carcinommetastase des Kreuzbeins (pr. Herd in der Prostata), 1 Fall endlich von entzündlichem Exsudat, welches die Caudawurzeln umgab, Ursache unbekannt; durch die Section haben ihre Bestätigung auch erfahren: der Fall von Simon[20]), in welchem der Tumor in der Höhe des V. L. W. in der Pia sass, das filum termin. zusammendrückte; ein Theil der hinteren Wurzelfasern war mit dem Tumor verwachsen; dann der Lachmann'sche[21]) Fall, der ein Unicum bildet: es bestand nämlich ein Gliom des filum termin. In letzter Zeit endlich ist noch 1 Fall mit Section von Bechterew[22]) veröffentlicht worden; hier bestand eine metastatische Geschwulst im untersten Theil des Abdomen, welche die L. Wirbelkörper von I. bis IV. usurirt hatte und welche in den Wirbelcanal hineingewachsen war und die Caudafasern comprimirte.

Bechterew untersuchte das Rückenmark microscopisch und fand auch neben Degeneration der hinteren und vorderen Wurzeln der Cauda equina eine Degeneration der Hinterstränge des Rückenmarks; dieselbe fand sich in der gesammten Länge des Rückenmarks, doch in den verschiedenen Niveaux in verschiedenem Grade. «In dem Sacral- und Lumbalmark sind entartete Fasern über den ganzen Querschnitt der Hinterstränge zerstreut, so dass das ganze Gebiet derselben durchweg betroffen erscheint»; allmählig rückten die degenerirten Partien immermehr in die Mitte, so dass im Cervicalmark schliesslich die Degeneration nur in den Goll'schen Strängen sich zeigte.

Als letzten Fall mit Section, und zugleich wohl auch den ältesten möchte ich den Lange'schen[23]) Fall anführen, in welchem ein Sarcom den untersten Theil des

---

[9]) Durch die Liebenswürdigkeit des Dr. E. Schwarz, in dessen Abtheilung der Kranke einige Zeit gelegen, habe ich erfahren, dass in der That anfangs Störungen der Blasenentleerung und Paresen spec. der Unterschenkelmusculatur vorgelegen haben.

[10]) Schiff: Zeitschrift für klin. Medicin 1896, Bd. XXX, pag. 87 Ein Fall von Haematomyelie des Conus medullaris nebst differenzial-diagnostischen Bemerkungen über Erkrankungen d. Cauda equina u. des Conus medullaris.

[11]) Westphal, Charité Annalen Bd. I, 1874; pag. 421 «Sensibilitäts- u. Motilitätsstörungen im Bereich des Plexus pudendalis und coccygeus».

[12]) Oppenheim: Archiv für Psychiatrie Bd. 20, 1889, Seite 298. «Ueber eine auf den Conus term. des Rückenmarks sich beschränkende traumatische Erkrankung».

[13]) Kirchhof: Archiv für Psychiatrie 1884, Bd. 15, S. 607. «Zur Localisation des Centrum Ano-vesicale im menschlichen Rückenmark».

[14]) Rosenthal: Wiener medic. Presse 1888, Nr. 19.

[15]) Raymond: Nouvelle Iconographie de la Salpetrière, 1895, Nr. 3.

[16]) Bernhardt: Berliner klinische Wochenschrift, 1888, Nr. 32. «Klinischer Beitrag zur Lehre von der Innervation der Blase, des Mastdarms und der Geschlechtsfunction (beim Manne)».

[17]) Raymond, Nouv. Iconograhie de la Salpetrière, 1895. Nr. 1 und 2. «Sur les affections de la queue de cheval».

[18]) Laquer, Neurolg. Centralblatt 1891. Nr. 7. citirt nach Müller s. unten pag. 38.

[19]) L. Müller, deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1899. Bd. XIX pag. 1. «Untersuchungen über die Anatomie und Pathologie des untersten Rückenmarksabschnittes».

[20]) Simon, Archiv für Psychiatrie Bd. V, pag 114. «Tumor in dem Sack der Dura mater spinalis, die Cauda equina comprimirend, mit fortgeleiteter Degeneration der Hinterstränge bis in das verlängte Mark».

[21]) Lachmann, Archiv für Psychiatrie Bd. XIII, 1882, S. 50. «Gliom im oberen Theil des fil. terminale mit isolirter Compression der Blasennerven».

[22]) Bechterew, deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1899. Bd. XV, pag. 222. «Ueber Affectionen der Cauda equina».

[23]) Lange, «Ueber die Leitungsverhältnisse in den hinteren Rückenmarkssträngen nebst Bemerkungen über die Pathologie der Tabes dorsalis», Referat in Schmidt's Jahrbüchern 1872 Bd. 155, pag. 281.

Sacralcanals ausfüllte; eine Diagnose war hier nicht gestellt worden und benutzt ihn Lange auch zur Lösung einer andern Fragen, nämlich der nach dem Aufbau der Hinterstränge. Bechterew ist in seinen Untersuchungen zu demselben Resultat gekommen wie Lange. Diese Degenerationen der Hinterstränge sind von vielen Autoren constatirt worden bei Erkrankungen der Cauda equina und des Conus medullaris und H. Rosin[24]) sagt in seiner 1896 erschienenen, mustergültigen Arbeit «Zur Lehre von der Tabes dorsalis» pag. 519; «Die Veränderungen der Hinterstränge des Rückenmarks sind in diesen Fällen solche, wie sie sein müssten, wenn die Tabes allein die untersten Fasern der hinteren Wurzeln angreifen würde (was allerdings wohl niemals der Fall ist)».

Die schon angeführten Literaturangaben machen keinen Anspruch auf Vollständigkeit, so z. B. waren mir mehrere der von Müller und Bechterew angegebenen Autoren (die Arbeiten dieser beiden stammen aus dem vorigen Jahr) nicht zugänglich, doch sind die Beobachtungen und Schlüsse derselben ja auch schon von den beiden Autoren in den Kreis ihrer Betrachtungen gezogen worden und entsprechend verwerthet worden.

Was nun die Differenzialdiagnose zwischen Cauda- und Conuserkrankung anbelangt, so will ich zur Praecisirung derselben aus den verschiedenen, zum Theil recht reichhaltigen Angaben, nur diejenigen Momente anführen, welche mir als die wesentlichsten erscheinen.

Im Allgemeinen wird man folgendes sagen können: starke, lange andauernde Schmerzen sprechen entschieden für Caudaaffection; mit diesen Schmerzen bildet schlaffe, motorische Lähmung den Typus der «Paraplegia dolorosa»; auch ungleichmässiges bilaterales Auftreten soll characteristisch sein, wie Eulenburg[25]) z. B. betont. Die motorischen Lähmungen werden sich bei einer Caudaerkrankung nur allmählig ausbreiten. Mehr für eine Conuserkrankung würde ein plötzliches Auftreten der Lähmung, Symmetrie der Lähmung auf beiden Seiten sprechen; die Atrophien werden sich hier schneller entwickeln; auch fibrilläre Zuckungen der Muskeln sollen für Conuserkrankung sprechen, doch kommen hierbei Ausnahmen vor (so z. B. in einem der Müller'schen Fälle).

Anaesthesie ohne vorhergegangene Schmerzen spricht für Conuserkrankung; bei der Empfindungsstörung lässt sich oft Dissociation derselben constatiren.

Hyperaesthetische Zonen oberhalb der anaesthetischen sprechen für medulläre Erkrankung (Müller, l. c., auch Valentini[26]). Besteht keine Druckempfindlichkeit eines Wirbels, so ist die Höhendiagnose oft unmöglich, da zuweilen durch alleinige Conusaffection und alleinige Wurzelläsion die gleichen Symptome hervorgerufen werden können. Blasen- und Mastdarmstörungen sind für eine Differenzialdiagnose heranzuziehen ungeeignet.

Dass schliesslich auch bereits eine Untersuchung mit Röntgenstrahlen Aufschlüsse geben kann, entnehme ich einem Referat[27]) über eine Demonstration in der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien: Benedikt zeigte Röntgenaufnahmen einer Carcinommetastase, Laesion der rechten Hälfte des letzten Lendenwirbels. Der Pat. hatte erst an einseitigen, dann doppelseitigen Schmerzen längs der Ischiadici gelitten.

Die Aetiologie dieser Erkrankung bilden meistens Trauma, Tumoren oder Lues. — Ausser den oben genannten Operationen mit gutem Erfolg bei der Erkrankung der Cauda equina, (cf. der Thorburn'sche und Laquer'sche Fall), sind in diesem Jahr 2 Fälle in einem engl. Journal von Sachs veröffentlicht worden; nach dem Referat von Kühne[28]) handelt es sich um Sarcome im Duralsack des lumbaren Theiles der Wirbelsäule mit Compression der Cauda equina; der eine Fall wurde durch die Operation gebessert, der andere völlig geheilt; bei dem einen Fall war anfangs die Diagnose auf Tabes gestellt worden, was ja erklärlich ist, wenn man an die oben erwähnte Uebereinstimmung des microscopischen Befundes der Hinterstränge in beiden Krankheiten denkt. Müller schlägt in seiner Arbeit vor, bei inoperablen Fällen die hinteren Wurzeln der Cauda zu durchtrennen, um die entsetzlichen Schmerzen zu beseitigen. Bei den luetischen Erkrankungen wird es natürlich darauf ankommen, möglichst früh die specifische Therapie einzuschlagen, was in meinem ersten Falle nicht geschehen war.

Dass jedoch hier Syphilis vorlag, möchte ich behaupten; die körperliche Untersuchung ergab freilich keine Anhaltspuncte dafür, doch schwand die Geschwulst am rechten Condylus extr. humeri in bedeutendem Masse nach IK. und konnte Patient seinen Arm wieder gebrauchen; auch die wüthenden Schmerzen in den Beinen zeigten ein deutliches Nachlassen. Jedoch bleibt die Prognose der Rückenmarkssyphilis immer eine ernste, wenn sie auch besser ist als die der anderen Rückenmarkserkrankungen und auch besser als die der Lues cerebrospinalis. Die Prognose der einfachen cerebralen Lues quoad vitam dagegen möchte ich auf Grund meiner eigenen Erfahrung für besser als die der spinalen halten. Wie ernst die Prognose der spinalen Lues ist, erhellt z. B. aus einer vor Kurzem erschienenen Arbeit von Williamson[29]) über die syphilitischen Rückenmarkserkrankungen: von 32 Fällen trat 9 mal der Tod ein, Heilung nur in 10 Fällen; in den übrigen 13 Fällen blieb die Krankheit entweder stationär, oder die Krankheitserscheinungen wechselten von Zeit zu Zeit und die Patienten entzogen sich der weiteren Behandlung.

Nachtrag bei der Correctur:

Die Abhandlung von Dr. Gierlich. «Ueber isolirte Erkrankung der unteren Lumbal- und Sacralwurzeln» erschienen im 18. Bd. der «deutsch. Zeitschrift für Nervenheilkunde», herausgegeben im December 1900, beschreibt 2 den meinigen ähnliche Fälle und möchte ich auf dieselbe nur hiermit hingewiesen haben.

Vermischtes.

— Der Professor der Chirurgie an der Moskauer Universität, Staatsrath Dr. Djakonow, ist von der «Serbischen ärztlichen Gesellschaft» zum Ehrenmitgliede gewählt worden. Derselbe hat sein Nebenamt als Consultant für chirurgische Krankheiten bei den Moskauer Anstalten der Kaiserin Maria aufgegeben, um sich ganz der klinischen Thätigkeit zu widmen.

— Der Professor der gerichtlichen Medicin an der militärmedicinischen Academie, Dr. Kossorotow, ist zum Mitglied der «New-York Medicolegal Society» gewählt worden.

— Zum Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie an der Universität Jurjew (Dorpat) ist der Privatdocent der Moskauer Universität und Consultant

[24]) Rosin, «Zur Lehre von der Tabes dorsalis», Zeitschrift für klinische Medicin, Bd. XXX, 1896.

[25]) Eulenburg, Zeitschrift für klinische Medicin, 1891 Bd. XVIII, «Beiträge zur Erkrankung des Conus medullaris und der Cauda equina beim Weibe».

[26]) Valentini, Zeitschrift für klinische Medicin 1893, Bd. XXII pag. 245, spec. pag. 263. «Ueber Erkrankung des Conus term. und der Cauda equina».

[27]) Referirt im Neurolog. Centralblatt von Mendel, 1900, Nr. 14.

[28]) Kühne's Referat im Neurolog. Centralblatt von Mendel, 1900 Nr. 10. Aus Br. Medical Journal 1900, January 6. «Two cases of tumor pressing upon the cauda equina; removal; recovery, by Sachs M. D.

[29]) Williamson, «Syphilitic diseases of the spinal cord» Manchester, 1899, Sherralt and Hughes.

am Krankenhause Kaiser Paul's in Moskau, Staatsrath Dr. A. N. Solowjew, ernannt worden. S. ist seit 1870 als Arzt thätig und schon seit einer Reihe von Jahren Privatdocent an der Moskauer Universität.

— In der am 1. Mai stattgehabten Sitzung der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit ist die Präsidentenwahl nicht zu Stande gekommen, da sich die Stimmen für den Obermedicinalinspector der Flotte Dr. Kudrin und den Architekt Suzor zersplitterten. In Folge dessen wurde letzterer bis zum Herbst wo die definitive Wahl stattfinden soll, mit dem Präsidium interimistisch betraut. (Her).

— Der ausserordentliche Professor der medicinischen Chemie an der Charkower Universität Dr. Gulewitsch ist auf den gleichnamigen Lehrstuhl der Moskauer Universität übergeführt worden.

— Zum Nachfolger Prof. Sernow's auf dem Lehrstuhl der descriptiven Anatomie an der Moskauer Universität ist der bisherige Prosector und Privatdocent Dr. P. Karusin ernannt worden.

— Der Laborant und Privatdocent der St. Petersburger Universität, Mag. chem. Tischtschenko ist zum Professor der Chemie am weiblichen medicinischen Institut ernannt worden, unter Belassung in seiner Stellung an der genannten Universität.

— Der stellv. jüngere Assistent am Klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna, Collegienrath Aue, ist zum stellv. älteren Assistenten ernannt worden, gerechnet vom 1. Januar a. c.

— Zum Kirchspielsarzt von Ampel (Estland) ist, an Stelle des nach Dresden übersiedelnden Dr. Russow, Dr. Mickwitz aus Reval gewählt worden.

— Dr. Wolfram hat die Genehmigung zur Errichtung einer Schule zur Ausbildung von Krankenpflegerinnen bei seiner Privatklinik für chirurgische und Frauenkrankheiten in Riga erhalten.

— Wegen Erkrankung des Professors Ratimow ist der Privatdocent Dr. R. Wreden mit der Leitung der chirurgischen Hospitalklinik der militär-medicinischen Academie betraut worden.

— Ernannt: Der ältere Arzt der 5. Flotteneqnipage Sr. K. H. des Generaladmirals Alexei Alexandrowitsch, Collegienrath Dr. Brandt — zum Flaggmannsarzt im Stabe des Chefs des Minen-Lehrgeschwaders; der Flaggmannsarzt der baltischen Flotte, Staatsrath Dr. Glowezki — zum Flaggmannsarzt im Stabe des Commandirenden des praktischen Lehrgeschwaders; der Arzt des Marine-Cadettencorps, Staatsrath Dr. Orlow — zum Flaggmannsarzt im Stabe des Commandirenden des Lehrgeschwaders des genannten Corps.

— Verstorben: 1) Am 29. April in St. Petersburg der ehemalige Botschaftsarzt Dr. Emil Bretschneider im 68. Lebensjahre. Aus Kurland gebürtig, bezog er 1853 die Dorpater Universität, an welcher er i. J. 1858 die medicinische Doctorwürde erlangte. Nachdem er seine Studien von 1859—1861 in Berlin, Wien und Paris fortgesetzt hatte, wurde er 1862 als Arzt der russischen Gesandschaft in Teheran und von 1866 an der Gesandschaft in Peking attachirt. In dieser Zeit bereiste er Sibirien Japan, Nordamerika, Indien, Java, Ceylon und sammelte dort ein reiches wissenschaftliches Material für seine berühmten preisgekrönten Botanischen Collectionen. 1884 nahm er seinen Abschied und siedelte nach St. Petersburg über, wo er in Zurückgezogenheit seinen Studien lebte. Von seinen Hauptwerken nennen wir hier: «Mediaeval researches from eastern asiatic sources»; «Botanicum sinicum»; «History of European Botanical Discoveries in China». B. war auch Mitglied vieler russischen und ausländischen gelehrten Gesellschaften. 2) In Riga am 29. April der frühere Flaggmannsarzt der baltischen Flotte wirkl. Staatsrath Dr. Woldemar v. Knorre nach längerem Leiden im eben vollendeten 63. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Odessa und hatte seine medicinische Ausbildung ebenfalls an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1859—1863 studirte. Nach Erlangung des Arztgrades i. J. 1865 war K. successive Schiffsarzt in der Schwarzmeer-Flotte, ält. Ordinator am Marinehospital in Nikolajew und zuletzt Flaggmannsarzt der baltischen Flotte. 3) In Helsingfors der Professor der Anatomie der dortigen Universität Dr. Georg Asp im Alter von 67 Jahren. Er hat seit 1868 an der genannten Universität gewirkt, anfangs als Docent, seit 1884 als Professor und leitete zugleich eine von ihm gegründete Heilanstalt für Orthopädie und Medicomechanik. 4) Am 18./31. April in Berlin Dr. Eduard Golebiewski, einer der hervorragendsten Theoretiker und Praktiker auf dem Gebiet der Unfallheilkunde. Er unterhielt eine private medicomechanische Heilanstalt und war auch vielfach literärisch thätig. Von seinen grösseren Werken heben wir seinen «ärztlichen Commentar zum Unfall-Versicherungsgesetz, sowie seinen trefflichen «Atlas und Grundriss der Unfallheilkunde» hervor.

— Der frühere Professor der Warschauer Universität Staatsrath Dr. med. Senez ist vom Warschauer Bezirksgericht wegen Sittlichkeitsverbrechen verurtheilt werden zum Verlust der Standesrechte, Abgabe in die Corrections-Arrestanten-Compagnie auf 2½ Jahre und darauf folgende polizeiliche Beaufsichtigung während weiterer 4 Jahre.

— Die Moskauer Stadtverwaltung soll den Beschluss gefasst haben, eine Centralapotheke für ihre städtischen Hospitäler einzurichten.

— Die hiesige Alexander-Gemeinschaft barmherziger Schwestern beabsichtigt ein Hospital für 24 Kranke zu erbauen, wozu ihr ein Kapital von 40,000 Rbl. zur Verfügung steht. (Her.).

— Einer Verfügung des Medicinaldepartements zufolge, können Annoncen, welche Medicamente betreffen und im «Westnik Obschtschestwennoi Gigieny, Ssudebnoi i Prakticheskoi Mediziny», erschienen sind, in allen Zeitungen des Reiches ohne weitere Censur zum Abdruck gelangen.

— In Würzburg ist vor Kurzem die neue Universitäts-Augenklinik mit einer Festrede des Directors Prof. Hess veröffentlicht worden.

— In Pjatigorsk hat am 1. Mai mit der Eröffnung der Kursaison auch die Einweihung des neuen Badehauses, in welchem 350 Wannen täglich verabfolgt werden können, stattgefunden.

— Von den 131 Damen, welche sich zu der Prüfung in der lateinischen Sprache behufs Eintritt in das weibliche medicinische Institut bei dem 6. und 8. St. Petersb. Gymnasium gemeldet hatten, haben 109 die Prüfung bestanden, während 7 ungenügende Kenntnisse aufwiesen und 15 zu den Prüfungen nicht erschienen waren.

— Pestnachrichten. In Indien weist die Pestepidemie nur in Bombay eine geringe Abnahme auf. In Calcutta ist Dr. A. Sen ein Opfer der Seuche geworden. In Konstantinopel ist in den letzten 6 Tagen kein pestverdächtiger Fall vorgekommen und sind daher die den Reiseverkehr betreffenden Massregeln aufgehoben worden. Rio de Janeiro (Brasilien) die Stadt Sydney (Australien) und die Stadt Cobé (Japan) sind für pestfrei erklärt worden.

— Der Medicinalrath ist auf Grund der Untersuchungen einer Commission von Specialisten und Bakteriologen, welche ins Gouvernement Astrachan und in die Kirgisensteppe zur Zeit der dort herrschenden acuten Epidemie abcommandirt waren, in seiner Sitzung am 27. März zu dem Resultat gekommen, dass die zu Ende des vorigen und zu Anfang des laufenden Jahres in Wladimirowka Tekebai, Tubek, Mereke und Karakug beobachteten Fälle acut ansteckender Erkrankungen als indische Pest anzusehen seien.

— Der Verband der Aerzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirthschaftlichen Interessen giebt seit dem April eine «Corresspondenz» heraus, welche ausschliesslich den Bestrebungen zur Hebung der materiellen Lage des Aerztestandes dienen soll.

— Der durch seine Theorie der Geschlechtsbeeinflussung weltbekannt gewordene frühere Wiener Professor Dr. L. Schenk hat im Verlage von Marhold in Halle soeben das von ihm in Aussicht gestellte «Lehrbuch der Geschlechtsbestimmung (Documente zu meiner Theorie)» herausgegeben. Es ist somit jetzt Gelegenheit geboten durch Nachprüfung festzustellen, wie weit die Schenk'sche Theorie Beachtung verdient. Das 176 Seiten starke Werk kostet 7 M. 50 Pf. Bf.

— Das seit wenigen Jahren bestehende Sanatorium «Helenenhöh» bei Kolberg hat die diesjährige Saison unter den günstigsten Auspicien eröffnet. Die Heilerfolge, welche bisher erzielt sind, haben seinen Ruf weithin begründet. Zur Anwendung kommt die weltberühmte Heilmethode des Geh. Rath Professor Dr. Winternitz in Wien mit vorzüglichen Erfolgen bei Erkrankungen jeder Art. Diese findet deshalb auch je nach dem Körper- und Krankheitszustand und individueller Veranlagung sorgsamste Berücksichtigung und Anwendung. Neben der Wasserkur u. A. auch Regenerations-Kuren etc., ferner Luft- und Sonnenbäder, Heilgymnastik und Massage. Die Thure Brandt'sche Massage, Innen-Massage bei Frauenkrankheiten wird von der Leiterin der Anstalt, Frau Kapitänleutnannt Muchall-Viebroock, selbst ausgeführt und es stehen ihr die besten Zeugnisse von wissenschaftlichen Autoritäten zur Verfügung. Der herrlichen, gesunden Lage des Sanatoriums «Helenenhöh» und der dortigen sorgsamen, zweckentsprechenden und liebevollen Pflege, die als günstige Heilfaktoren zweifellos auch noch in Betracht kommen, sei schliesslich noch Erwähnung gethan.

II. Jahresgeneralversammlung
des livländischen ärztlichen
Rechtschutzvereins
Mittwoch den 20. Juni 1901 3 Uhr Nachmittags
zu Riga.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Frau **L. A. Bogoslawskaja**, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.
Берта Федоровна Панова, Спасская ул. д. 24, кв. 7.
Olga Bode, Вас. остр., 14 лин., д. 38 кв. 2.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Ольга Свѣтлова, Сергіевск. д. 17, кв. 19
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
Marie Winkler, ур. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Sassnitz

Ostseebad auf Rügen. Reiz. gesch. Lage, fr., beleb, niem. schw. u. doch warme Luft, herrl. Buchenwald. Hôtels und Wohnungen für jeden Bedarf. Schnellzug-Verbindung Berlin—Sassnitz in 5 Stunden. Dampfer-Verbindung nach allen Richtungen. Auskunft ertheilt Intern. Reisebureau, St. Petersburg. Kleine Morskaja 2. Prospecte gratis durch die Badedirection.
(86) 6—1.



Sanatorium
für lungenleidende Damen
Davos-Dorf.

Besitzerin: Frau **Kropff und Tochter,** Leitender Arzt: Hofrath **Dr. Volland.** Näheres durch Prospecte.
(23) 26—17

Verwaltung der kgl. Mineralbäder
Kissingen u. Bocklet

Kissinger Rakoczy

NATÜRLICHES MINERALWASSER

Ueberall zu haben. Broschüre und Analysen gratis und franco. Für H. H. Aerzte besondere Bezugbedingungen, Probeflaschen kostenfrei.
Verwaltung der kgl. Mineralbäder Kissingen und Bocklet.
Friedrich Hessing.

Physikalisch-diätetische Heilanstalt
Sanatorium Helenenhöhe
bei **Kolberg a. Ostsee.**

Kurplatz I. Ranges in schönster gesunder Lage. **Hydrotherapeutische Behandlung** nach Prof. Winternitz-Wien, Sand-, Sonnen- und **Luftbäder. Soolbäder** im Hause für **Nervenleiden, Stoffwechselkrankheiten** u. **chronische Unterleibsleiden** etc. etc. Ausführliche Brochüren gratis durch die Geschäftsstelle des Verb. deutsch. Ostseebäder Berlin N. W. Neustädtische Kirchstr. 9. Bes. Frau Kapitänleutnant
Muchal-Viebroock.



BAD KISSINGEN
(Ballingstrasse).

Dr. Eugen von Koziczkowsky's Privatklinik
für Magen-, Darm- und Stoffwechselkranke. Prospecte gratis.
Dr. Eugen von Koziczkowsky,
pract. Arzt, Specialarzt für Magen-, Darm und Stoffwechsel-Kranke.
(56) 9—2.

Kissingen Dr. C. Dapper's * Sanatorium *

„Neues Kurhaus" für Magen- und Darmkrankheiten, Fettsucht (Entfettungskuren unter Stoffwechselcontrolle), **Diabetes, Gicht, Herz- und Nierenkrankheiten, Neurasthenie (Mastkuren). Einrichtung für Elektro- u. Hydrotherapie in allen Formen. April — December.** Prospecte.
Dr. C. Dapper.
(57) 17—3.

PYRMONT.

Saison Anfang Mai bis 10. October — Frequenz: 16—17000. Station der **Hannov.-Altenb.** Eisenbahn u. des Eilzuges Berlin-Hildesheim-Cöln-Paris. **Stahl-, Moor- u. Soolbäder** modernster Einrichtung. **Luft- u. Terrain-Kurort** in herrl., waldr. Umgebung. **Neues Kurhaus.** Lawn-Tennis-Plätze. Theater, Bälle, Rennen. Gelegenh. zur Jagd u. Fischerei. — Prospecte durch **Fürstl. Brunnen-Direction.**
(75) 5—2.

Zur Behandlung des acuten Gichtanfalls
sowie aller anderen durch harnsaure Diathese bedingten Beschwerden ist

SIDONAL

das klinisch und wissenschaftlich best erprobte Mittel.

Tägliche Dosis im Anfall 5 Gramm mindesten.

Literatur steht kostenlos zu Diensten.

Benno Jaffé & Darmstaedter, Lanolinfabrik,
Martinikenfelde bei Berlin.
(42) 43—9.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

КАРЛСБАДЪ

и его целебное значение
составилъ **Ф. Ф. Затлоукалъ,** докторъ медицины, практикующій на Карлсбадскихъ минеральныхъ водахъ.
Цѣна 1 р. 50 к. Для гг. врачей обращающихъ прямо автору безплатно.
Адрессъ: Dr. Zatloukal. Karlsbad, Mühlbrunnstrasse, въ домѣ Böhm. Krone возлѣ Мюльбрунна.
(70) 5—2.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX



Badenweiler

bad. Schwarzwald, 420—450 m. üb. d. M.

altbewährtes Thermalbad, berühmter Luftkurort

Broschüre durch das Badecomité oder den Grossherzogl. Badearzt.

(87) 10—1.

Saison 1. April bis Ende October.

E. MERCK'S Präparate

sind durch die Grossdroguenhäuser Russlands in Originalpackung zu beziehen oder direct aus der Fabrik.

Lager u. Kontor der Fabrik in Moskau: Miljutinsky Pereulok, Haus Ekisler.

Vertreter für Kiew, Podolien, Tschernigow: Herr A. Trepte, Kiew.

Vertreter für Warschau: Herr Nachtlicht & Kamienski, vormals Michal Lande, Warschau.

Ausserdem hält Lager meiner Präparate Herr I. **Grünfeld in Kischinew.**

Vertreter für St. Petersburg: Herren Dr. Gallas u. Mahr, Grafsky Pereulok 7.

(12) 12—21.

Dionin

Ersatz für Codein und Morphin, besonders bei Erkrankungen der Respirationsorgane.

Largin

höchstprocentige Silbereiweiss-Verbindung, ausgezeichnet für die Gonorrhoe-, Wund- und Augentherapie.

Jodipin

bewährter Ersatz für Jodkalium. Specificum bei tertiärer Lues; bewährt bei Asthma, Emphysem u. Skrofulose.

Stypticin

bewährtes Hämostaticum vorzügl. Mittel in der gynaekolog. und zahnärztlichen Praxis.

Tannoform

ausgezeichnetes Adstringens- und Antidiarrhoicum.

Bromipin

neues Sedativum, insbesondere gegen nervöse Zustände und Epilepsie zu empfehlen.

Diphtherieheilserum

staatlich geprüft, 500-fach und 1000-fach normal.

Die reichhaltige Literatur gratis und franko.



chemische Fabrik — Darmstadt.

Dr. Römpler's

Sanatorium für Lungenkranke

Gerbersdorf in Schlesien.

Sommer- und Winterkur.

(55) 6—5.

Dr. von Sohlern's Heilanstalt

in Bad Kissingen,

für Magen-, Darm- und Stoffwechselkranke. Entfettung und Mastkuren. Grösstes und ältestes klinisch geleitetes Institut am Platze.

Geöffnet vom 1. April bis 15. October.

Prospecte gratis.

Dr. Freiherr von Sohlern.

(68) 16—3.

Gicht und alle Stoffwechselstörungen.

Bad Salzschlirf Bonifaciusbrunnen.

Petersburg: Stoll & Schmidt.

(19) 52—14.

Moorbäder im Hause
mit
MATTONI'S Moorextracte zu Bädern.
Einziger natürlicher Ersatz für
Medicinal-Moorbäder
im Hause und zu jeder Jahreszeit.
Mattoni's Moorsalz (trockener Extract) in Flaschen à 1 Ko.
Mattoni's Moorlauge (flüssiger Extract) in Flaschen à 2 Ko.
Langjährig erprobt bei:
Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis, Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption v. Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralysen, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

Zu haben in allen Apotheken, Mineralwasser- und Droguenhandlungen.
Heinrich Mattoni, kais. und königl. Hof- u. Kammer-Lieferant,
(60) 18—4. **Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.**



Кеммернскія сѣрныя воды и грязи

въ 40 верстахъ отъ Риги, по Риго-Тукумской жел. дор. Сезонъ 1901 года открывается съ 20-го Мая и продолжается по 1-ое Сентября.

Сѣрныя, сѣрно-соляныя, сѣрно-хвойныя, сѣрно щелочныя, углекислыя, паровыя, прѣсныя, прѣсно-соляныя, прѣсно-хвойныя, грязевыя цѣльныя и грязевыя жидкія ванны.

Минеральныя воды, кефиръ, массажъ, фрикціи, ингаляціонная камера и электричество. Ежегодный пріѣздъ больныхъ съ разными формами ревматизма, сифилиса, накожными, нервными и женскими болѣзнями до 3000 человѣкъ.

Новая грязелечебница, дающая возможность отпускать ежедневно до 250 грязевыхъ ваннъ.

Лѣсистая мѣстность, огромный обновленный паркъ, въ которомъ утромъ и вечеромъ играетъ музыка.

Библіотека, кабинетъ для чтенія и дѣтскія игры. Дачи отъ 40 до 150 руб. за 6 недѣль.

Пансіоны при полномъ содержаніи отъ 8 до 20 руб. въ недѣлю. Дилижансовое сообщеніе съ моремъ.

Отъ Риги до Кеммерна и обратно во время сезона идутъ до 30 поѣздовъ въ сутки, съ остановками во всѣхъ купальныхъ мѣстахъ по Рижскому взморью.

Желающихъ имѣть болѣе подробныя свѣдѣнія просятъ обращаться: Кеммернъ, Рижскаго уѣзда, къ Директору водъ, Д-ру мед. А. Сотину.

MARIENBAD MED. MECH. ZANDER-INSTITUT.
Modern eingerichtete Anstalt f. schwedische Heilgymnastik, Massage, electrische Lichtbäder, Trocken-Heissluftverfahren, vorzügliche Unterstützungsmittel der Marienbader Curen. Besitzer und ärztl. Leiter
(82) 6—1. **Med. Dr. Eduard Kraus.**

*** Bad und Luftcurort ***
im oberbayr. Gebirge 670 M. ü. d. M.
Von München 1½ Stunden Bahnfahrt.
*** Tölz-Krankenheil ***
Saison:
15. Mai — 1. October.
Curmittel: Jodquellen zur Trink- und Badecur, Quellsalzlauge, Seife, Seifengeist, Inhalationen, electrische Bäder.
Indicationen: Scrophulose, Lues, chron. Metritis und Endometritis, Peri- und Parametritis, Myome, chron. Cystitis und Prostatitis, Eczem, Psoriasis, Acne, Furunculosis, Struma, Lymphome, chron. Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkatarrh.
Prospecte durch die Badedirection.

Seebad Abbazia
Abhärtungs- und Kräftigungscuren bei schwachen und für Catarrhe disponirten Kindern den ganzen Winter hindurch Mastcuren und hydropathische Curen für Erwachsene im
Dr. Szegö's Kindersanatorium
Seebad Abbazia.

Dr. A. von Jaruntowski
fr. langjähriger Assistent an Dr. Brehmers Heilanstalt für Lungenkranke in Gaerbersdorf und Assistent des Herrn Dr. A. Jurasz-Heidelborg, prakticirt, wie im vorigen Jahre, von Mitte Mai bis Ende September
in **BAD REICHENHALL,**
Kurstrasse, Villa Eugenie.

Organisches Eisen-Mangan-Albuminat Hertel
(HAEMATOGEN).
Ein eisenreiches Blutpräparat, welches das Eisen in organischer Verbindung enthält, bestes Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene, erregt leicht den Appetit und befördert die Verdauung. Haematogen Hertel ist verkäuflich in der Apotheke in flüssiger und trockener Form, jedoch ist das flüssige Präparat, weil leichter vom Organismus aufgenommen, dem trockenen vorzuziehen.
Vor Nachahmung wird gewarnt.
(115) 3—3.

Dieser № liegt eine Broschüre über »**Marienbad**« bei.

Дозв. ценз. Спб., 5 Мая 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

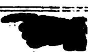
Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint **jeden Sonnabend.** — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den **Autoren** werden **25 Separatabzüge** ihrer Originalartikel zugesandt.—**Referate** werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den **geschäftsführenden** Redacteur **Dr. Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 19 St. Petersburg, 12. (25.) Mai **1901**

Dieser № liegt «№ 4 der Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften» bei. 

Ueber Nährpräparate.

Von

Dr. Th. Rob. Offer.

(Vortrag, gehalten im Wiener medicinischen Club.)

«Die Nährpräparate sind ein Bedürfniss für die ärztliche Therapie geworden». Dieser Ausspruch v. Leyden's wird gewürdigt werden, wenn wir einen Rückblick auf die zahlreichen Fabrikate werfen. Es ist wohl für den praktischen Arzt oft schwer unter allen diesen durch Reclame gepriesenen Mitteln das für seine Zwecke geeignete zu finden. Diese Schwierigkeit wird noch durch den Umstand erhöht, dass gerade jene Präparate wegen der thätigen Reclame sich eines grossen Rufes erfreuen, welche häufig die minderwerthigsten sind. Ich will daher versuchen, die gangbarsten Präparate einer kritischen Beurtheilung zu unterziehen und dabei auf den Vorgang hinweisen, wie die Bewerthung stattzufinden habe.

Für die Erhaltung der körperlichen Energie, worauf es bei der Verabreichung irgend eines Nährpräparates schliesslich ankommt, ist es nothwendig zu wissen, für welche Gruppe der Nahrungsmittel der Ersatz gesucht wird. Es geht nicht an, dass man Kohlehydrate vollständig durch Eiweisspräparate zu ersetzen sucht, wie auch ein umgekehrter Vorgang unstatthaft ist. Während nach der alten Liebig'schen Lehre die Eiweissstoffe die eigentlichen Organ bildenden Substanzen sind, sind wir jetzt zur Ueberzeugung gelangt, dass durch eine einseitige Zufuhr von Eiweiss das Umsatzbedürfniss des Körpers nicht gedeckt werden kann. Der Wunsch, die Ernährungsverhältnisse durch überreichliche Zufuhr von Eiweisspräparaten zu heben, ohne die beiden anderen Componenten, Kohlehydrate und Fett, in gleichem Masse zu berücksichtigen, ist verfehlt. Die drei Gruppen sind nicht isodynam; daher kann keine ohne weiteres für die andere eintreten. Nur das in dem natürlichen Nahrungsmittel enthaltene Eiweiss kann durch die eiweisshaltigen Nährpräparate substituirt werden, während das gewohnte Mass der stickstofffreien Nahrungsbestandtheile möglichst aufrecht zu erhalten ist.

v. Leyden stellt für ein gutes Nährpräparat folgende Forderungen auf: 1) es soll eine concentrirte Nahrung sein, d. h. in relativ kleiner Menge einen sehr hohen Nährwerth haben; 2) es soll in der Regel flüssig sein oder doch flüssig, i. e. in Lösung dargereicht werden können; 3) es soll vom Magen leicht verdaut, es soll leicht assimilirt werden können; 4) es soll einen möglichst angenehmen Geschmack haben, so dass es längere Zeit hindurch genommen werden kann.

Diese Postulate genügen für eine objective klinische Beobachtung. Für den wahren physiologischen Werth müssen noch einige andere Punkte in Betracht gezogen werden, auf die ich später zu sprechen komme.

Zunächst will ich jene kleine Gruppe von Präparaten anführen, welche nur unberechtigt den Namen «Nährpräparate» führen. Es sind die appetitanregenden, stimulirenden Mittel, denen die Reclame oft eine directe Nährkraft zuschreibt, die sie aber nicht besitzen. Die den Appetit hebenden Präparate verdanken ihre Wirksamkeit dem Gehalte an Extractivstoffen, während der Gehalt an nährenden Bestandtheilen: Eiweiss und dessen Derivate fast Null ist.

Das älteste und bewährteste dieser Präparate ist «Liebig's Fleischextract». Es ist das an Extractivstoffen reichste; es enthält ca. 39 pCt. Von Proust zuerst dargestellt, fand es, nachdem J. v. Liebig in den grossen Rinderherden Südamerikas das ergiebige Material zur Herstellung gefunden, allgemeine Aufnahme und gehört zu den populärsten Mitteln. Seiner unbeschränkten Verwendung stellt sich in einigen Fällen sein grosser Gehalt an Extractivstoffen entgegen. Bei uratischer Diathese muss davon Umgang genommen werden, denn wie H. Strauss[1]) gezeigt hat, erhöht es die Harnsäureausscheidung.

Ein besonderer Nährwerth kommt dem Fleischextracte nicht zu. Der Gehalt an gelösten Eiweisskörpern (ca. 20 pCt.), welche durch theilweise Peptonisirung des

Fleisches entstanden sind, ist zu gering, um in Rechnung gebracht werden zu können.

Von den vielen Präparaten, welche mit geringen Abänderungen dem Liebig's Fleischextracte nachgebildet sind, ist das aus St. Elena kommende von Kemmerich verbreitet und dem Liebig's nahezu gleichwerthig.

Fleischextracte in Lösungen sind in grosser Zahl in den Handel gebracht worden. Ihre Güte hängt lediglich von dem Gehalte an stickstoffhaltigen Extractivstoffen ab. Manche können leicht hergestellt werden, so dass man von den Handelspräparaten absehen kann, wenn die Mühe der Selbstdarstellung nicht gescheut wird.

Von den käuflichen Präparaten erfreuen sich einer grösseren Verbreitung: Wyeters Beefjuice und Valentins meat juice, sowie das in Deutschland hergestellte Puro.

Der Nährwerth von Puro ist trotz seines hohen Gehaltes an gelösten Eiweisskörpern (33,3 pCt.) ohne Bedeutung, weil die Mengen desselben, die in einer Dosis Puro zugeführt werden, viel zu gering sind, um irgend welche Wirkung zu entfalten.

Für die Bewerthung der Nährpräparate, welche für das Eiweiss der natürlichen Nahrung eintreten sollen, ist die Entscheidung darüber nothwendig, ob sie thatsächlich besser oder wenigstens ebensogut der physiologischen Aufgabe entsprechen als das Fleischeiweiss.

Die Nährpräparate werden nur dann ihren Werth erweisen, wenn sie neben kleinen Mengen echten Nahrungseiweiss im Stande sind, das Deficit des Eiweissbedürfnisses auszugleichen. Die oft geübte Methode, den Werth eines Präparates bei reichlicher Eiweisszufuhr zu beurtheilen, ist unzweckmässig und verfehlt. Wir sind in solchen Fällen nicht im Stande zu entscheiden, ob die Besserung in der Ernährung der Grundnahrung oder dem Nährpräparate zuzuschreiben ist. Anlässlich einer Besprechung des Nährwerthes von Denayers «sterilisirtem Fleischpepton» äussert sich von Noorden[2]): «. . . man muss wissen, ob man mit dem Peptonpräparat ebensoviel für die Ernährung erreicht, als wenn man die Eiweisszufuhr selbst um chemisch aequivalente Werthe erhöht hätte. Aber Beziehung zum Bedürfnisse am Krankenbette haben alle diese Versuche nur dann, wenn die Eiweissmengen in der Kost neben dem Pepton absolut kleine sind».

Das tägliche Eiweissbedürfniss des erwachsenen Menschen beträgt ca. 45 gr., für den Kranken weniger. Wenn es daher gelingt, dieses Quantum in der Nahrung beizubringen, können wir nicht annehmen, dass gerade ein weiterer Zusatz von Eiweisspräparaten den Körper auf seinem Eiweissbestande erhalten hätte. Es muss der Beweis erbracht werden, dass die in Frage stehenden Präparate auch dann den Körper vor Stickstoffverlust schützen, wenn die gleichzeitig gereichte Eiweissmenge sehr klein ist, unterhalb des niedrigsten Werthes liegt.

Eine weitere Frage für die Bewerthung ist, wie verhält sich die Resorption, sowohl die des gereichten Präparates als die der Gesammtnahrung. Bei Besprechung der Somatose werde ich darauf zu sprechen kommen, dass bei Ueberschreitung einer gewissen Dosis nicht nur die Somatose selbst in beträchtlicher Menge unausgenützt durch den Darm eliminirt wird, sondern auch die übrigen Nahrungsbestandtheile schlechter resorbirt werden. Dadurch tritt eine Entwerthung der Gesammtnahrung ein; man erreicht gerade das Gegentheil des angestrebten Zieles. Da es sich hauptsächlich um die Eiweisskörper handelt, sollte bei kritischen Arbeiten über den Werth eines Präparates immer ein Stoffwechselversuch über den Stickstoffwechsel Aufschluss geben und dabei speciell das Verhalten der Stickstoffausscheidung mit den Fäces berücksichtigt werden. Die Bestimmung des Stickstoffgehaltes der Fäces lehrt, wie viel von dem eingeführten Eiweiss den Darm verlässt und ob der Eiweissverlust an unausgenütztem Eiweiss grösser ist als bei gewöhnlicher Kost unter normalen Verhältnissen.

Dass ausser dem physiologischen Standpunkt auch der klinische gewahrt bleiben muss ist selbstverständlich. Körpergewicht, Allgemeinbefinden ev. Hämoglobingehalt des Blutes müssen ebenso berücksichtigt werden wie der Verlauf des Stoffwechsels.

Ich wende mich jetzt zu den verschiedenen Eiweissnährpräparaten.

Wir haben zwei grosse Gruppen zu unterscheiden: 1) jene Präparate, welche Verdauungsproducte der genuinen Eiweisskörper sind, 2) concentrirte Eiweisskörper.

Bei der Einführung verdauter Eiweisskörper gab die Vorstellung den Ausschlag, dass durch diese Verdauungsproducte dem Digestionstracte die Arbeit erspart würde, das an sich unresorbirbare Eiweissmolekül durch hydrolytische Spaltung erst für die Resorption brauchbar zu machen.

Der Nährwerth der Albumosen und Peptone als Spaltungsprodukte der Pepsinverdauung ist dem Stickstoffgehalte und dem Calorienwerthe entsprechend nicht höher als der des genuinen Eiweisses; die Spaltungsproducte der tryptischen, pankreatischen Verdauung: Antipepton, Leucin und Tyrosin haben, soweit der experimentelle Nachweis erbracht werden konnte, keine eiweisssparende Eigenschaft.

Speciell jene Krankheitszustände, bei welchen die Salzsäure- oder Pepsinabsonderung vermindert ist, haben die Einführung solcher Präparate erwünscht gemacht. Trotzdem möchte ich diesen Wunsch als verfehlt bezeichnen, weil nicht so sehr die durch die Pepsinsalzsäure-Verdauung bedingte Umwandlung des Eiweisses in Pepton und Albumosen für die Resorption von Belang ist; man hat gezeigt, dass auch bei vollständig salzsäurefreiem Magen Eiweiss resorbirt werden kann. Jedenfalls ist es zum mindesten überflüssig bei intacter Salzsäuresecretion des Magens Präparate zuzuführen, die bereits den Peptonisirungsprocess durchgemacht haben. Gerade darin wird viel gesündigt.

Geringe Mengen sind vollkommen werth- und wirkungslos, grössere sogar schädlich (Salkowski und Andere), weil Pepton wie seine Vorstufen (Albumosen) reizend auf Magen- und Darmschleimhaut einwirken.

Wir müssen uns jederzeit vor Augen halten, dass ein Grm. Pepton oder Albumose immer nur ein Grm. Eiweiss zu ersetzen vermag und dass mehr als 10 Grm. eines Pepton-Albumosenpräparates auf die Dauer schlecht vertragen werden.

Jene Präparate, welche vorwiegend reines Pepton, wie z. B. Peptonum siccum Witte sind, kommen heute kaum noch in Anwendung. Kühne zeigte, dass dem Pepton nahezu gar kein Nährwerth zukomme, und dass bei weniger reinen Präparaten den Albumosen die ernährende Wirkung zuzuschreiben sei. Schon der gallebittere Geschmack des reinen Peptons macht die Anwendung desselben unmöglich. Man wandte sich daher der Darstellung von Gemischen zu, die mehr Albumosen enthielten oder nahezu nur aus Albumosen bestehen.

Die meisten jetzt in Gebrauch stehenden «Peptonpräparate» enthalten, eben weil sie keine reinen Präparate sind, ziemlich beträchtliche Mengen Albumosen. Der Werth solcher Präparate richtet sich nach ihrem Albumosengehalte.

Das an Albumosen reichste Präparat ist die Somatose, sie enthält 77,8 pCt. Albumosen und 2,2 pCt. Pepton. Jedermann kennt sie; sie wird am häufigsten

verordnet, oft noch häufiger ihre Verordnung vom Publikum gefordert.

Unter den zahlreichen Publicationen, welche sich mit den Heilerfolgen beschäftigen, welche durch Verabreichung von Somatose in dieser oder jener Form erzielt wurden, giebt es nur wenig kritische. Die günstigen Wirkungen wie auf Blutbildung, Ernährungszustand, ja sogar Nervenleiden wären geradezu geeignet, die Somatose als Allheilmittel anzusehen.

Unser Urtheil wird ganz anders gestaltet sein, wenn wir uns sorgsam durchgeführte Stoffwechselversuche betrachten.

R. Neumann[3]) beobachtete bei einem Selbstversuche eine sehr ungünstige Ausnützung der Somatose, indem 40—50 pCt. unresorbirt mit dem Kothe verloren gingen. Dabei traten heftige Diarrhoen und lästiges Jucken am After auf. Letztere Erscheinung trifft man, sobald längere Zeit Somatose per Clysma verabreicht wird.

Die Summe des durch Koth und Harn ausgeschiedenen Stickstoffes giebt eine Bilanz, welche einen Stickstoffverlust von 1,09 Grm. Stickstoff pro die aufweist, entsprechend einem täglichen Verlust von 30 Grm. Muskelfleisch am Körper.

Auch Knoepfelmacher[4]) berichtet von einem Falle, in welchem bei verhältnissmässig geringer Gabe von Somatose heftige Durchfälle auftraten

Für die schlechte Resorbirbarkeit von Somatose liefert folgender Versuch von Voit[5]) Beweis: Ein Hund, der bei Aufnahme von 8,92 Grm. Stickstoff in Form von Fleischpulver davon nicht ganz 1,0 Grm. unverdaut ausschied, liess von den gleichen Mengen Somatose 2,61 Grm. Stickstoff wieder unresorbirt abgehen.

Die Resorption verschlechtert sich mit der steigenden Dosis. Die oft profusen Diarrhoen (Knoepfelmacher) sind darauf zurückzuführen, dass der Darm zu gesteigerter Secretion und Peristaltik angeregt wird. Von einer Ausschaltung der Darmfunctionen bei Darreichung von Somatose kann daher keine Rede sein.

Als Stomachicum oder Laxans mag Somatose in geringen Mengen (10—15 Grm.) in Folge ihrer excitirenden Wirkung auf Secretion und Peristaltik im Magendarmkanal Erspriessliches bieten (Voit[6]). Gewiss ist eine grosse Anzahl der durch Somatose erzielten günstigen Resultate darauf zurückzuführen und nicht auf die nährende und eiweisssparende Wirkung.

Ausser der Somatose treffen wir noch auf andere Albumosen-Peptonpräparate, von deren Wirkung nicht viel anderes zu sagen wäre.

Die wichtigsten Vertreter sind: Denayer's Pepton mit 10,58 pCt., Antweiler's Albumose mit 51,3 pCt., Mutase aus Pflanzeneiweiss dargestellt, ferner einige aus Casein hergestellte Verdauungsproducte.

Wenn ich ein zusammenfassendes Urtheil über diese Gruppe der Nährpräparate abgeben soll, geht dieses dahin, dass dem Organismus durch die Zufuhr der hydrolytischen Spaltungsproducte bei weitem kein so grosser Vortheil erwächst als allgemein angenommen wird. Grosse Dosen wirken ungünstig auf die Resorption der Präparate sowie der Gesammtnahrung ein, kleine Dosen können nie von Bedeutung sein, weil durch sie ein viel zu kleiner Theil des Bedarfes gedeckt wird. Es kommt ihnen durchaus nicht jener Werth zu, der ihnen durch die Reclame und Publicationen, welche auf Eindrücke der Verfasser basiren, zugeschrieben werden.

Die nächste Gruppe der Nährpräparate verdanken ihre Entstehung dem Wunsche, Eiweiss in möglichst concentrirter Form zum Ersatze des natürlichen Nahrungseiweisses zu beschaffen, sowie einer mehr volkswirthschaftlichen Idee, sonst unverwerthetes Eiweiss der allgemeinen Volksernährung zuzuführen.

Von nur kurzem Bestande war das unter dem Namen «Carne pura» in den Handel gebrachte Fleischpulver; auch Fischmehl wurde einzuführen versucht. Nach kurzer Zeit verschwanden diese Präparate. Der grösste Nachtheil war der Geruch, welcher solchen Fleischpulvern anhaftete. Finkler erfand ein Verfahren, durch welches das in den kleinsten Partien enthaltene Fett, welches die Ursache des üblen Geruches war, entfernt werden konnte.

So entstand jenes vielgenannte Präparat: Tropon. Aus thierischen und pflanzlichen Abfallsproducten, die für die menschliche Nahrung unverwerthet blieben, wurde ein Gemisch verschiedener Eiweisskörper dargestellt. Das Ausgangsmaterial ist oft so verschieden, dass es uns nicht wundern darf, wenn die Angaben über die Zusammensetzung differiren.

Zahlreiche Arbeiten beschäftigen sich mit der Frage der Ausnützung und der Verwerthung des Tropon im menschlichen Organismus. Darunter sind wieder eine Reihe nutzloser, auf Eindrücken basirender Urtheile, die ich wegen ihrer Werthlosigkeit nicht zu erwähnen brauche.

Laves[7]) fand, dass 28 pCt. Stickstoff des verfütterten Tropon im Kothe wieder erscheinen. Müller[8]) berechnet in einem Vergleichsversuche die Ausnützung des Tropon mit 82,7 pCt., welcher Werth sich mit dem früheren deckt. Bei Fleischnahrung beträgt die Stickstoffausnützung durchschnittlich 93 pCt., somit ist der Stickstoffverlust im Kothe ungefähr das Vierfache des bei Fleischnahrung.

Trotz dieser mangelhaften Ausnützung bin ich der Ansicht verschiedener Autoren, dass das Tropon als Nährpräparat und als Volksernährungsmittel von Werth ist, weil aus den Stoffwechselversuchen hervorgeht, dass es im Stande ist, das Eiweiss der Fleischnahrung zu ersetzen.

Dem Tropon nahestehend ist das durch Einwirkung von Alkohol und schwefliger Säure in der Hitze unter Druck hergestellte Eiweisspulver, Soson genannt. Nach den vorliegenden Stoffwechselversuchen ist die Ausnützung keine wesentlich schlechtere als die des Fleisches.

Von beiden Präparaten darf nicht unerwähnt bleiben, dass der durch mangelhafte Quellbarkeit bedingte sandige Geschmack ihrer Verwendung bei empfindlichen Kranken oft hinderlich ist.

Das Eiweiss der Milch wurde bald als das geeignete Ausgangsmaterial zur Darstellung von Nährpräparaten erkannt.

Röhmann und Salkowski haben gleichzeitig durch die beiden Präparate Nutrose und Eucasin die Aufmerksamkeit auf das Casein gelenkt.

Die phosphorhaltigen Eiweisskörper oder vielleicht nur der organisch gebundene Phosphor (Keller) befördern den Ansatz von Eiweiss. Röhmann[9]) und Steinitz[10]) zeigten, dass bei Verfütterung phosphorhaltiger Eiweisskörper, Nutrose und Vitellin, ein Theil des eingeführten Stickstoff im Körper zurückgehalten, gespart wird.

Diese Resultate erfuhren durch Versuche von Löwi[11]) und mir eine Erweiterung.

Ich fand, dass selbst geringe Gaben von nucleinsaurem Natrium schon im Stande sind, eine beträchtliche Stickstoffretention zu erzeugen. Die tägliche Stickstoffersparniss betrug nahezu 30 Grm. Auch Löwi[11]) fand bei seinem Versuche, dass von den mit Sahn- und Hefenuclein, sowie der Sahnnucleinsäure eingeführten Stickstoff- und Phosphorsäuremengen ein grosser Theil zurückgehalten wurden und zwar in annähernd demselben Verhältniss wie sie in den eingeführten Körpern enthalten waren. Es ist ihm somit geglückt, den Nach-

weiss zu liefern, dass durch Fütterung specifischen Eiweisses der Körper an diesen Körpern angereichert werden kann.

Die wichtigsten Caseinpräparate sind: Nutrose = Casein-Natrium, Eucasin = Ammoniakcasein, Sanose = Gemisch von Casein und Albumosen, Plasmon = Casein-Alkali, Sanatogen = eine Verbindung der Glycerinphosphorsäure mit Casein.

Nach Neumann[3]) wird Nutrose vollständig resorbirt, an Stelle des Fleischeiweisses gesetzt, vermag sie den Körper gut in Stickstoff-Gleichgewicht zu erhalten. Einem längeren Gebrauche steht nichts im Wege, da Nutrose gut vertragen wird und keinen störenden Geschmack hat. Aehnliche Urtheile, auf exacter Beobachtung basirend, finden wir in grosser Zahl vor.

Dieselben Vortheile bietet Eucasin, obwohl seine leichte Zersetzlichkeit einer weiteren Verbreitung hinderlich ist. Selbst bei mangelhafter Salzsäuresecretion werden Nutrose und Eucasin bis zur Tagesdosis von 50 Grm. = 40 Grm. Eiweiss zu 95 pCt. resorbirt. Durch diese Präparate wäre man in die Lage versetzt, den ganzen Eiweissbedarf durch ein Nährpräparat zu ersetzen.

Neueren Datums ist das den beiden sehr nahestehende Plasmon. Es ist ein durch die Einwirkung von Alkali im Kohlensäurestrome zum Theil in lösliche Form gebrachtes Casein. Poda und Prausnitz[12]) zeigten, dass Plasmon das Fleisch ersetzen kann. Die Versuche Müller's[8]) ergaben eine Ausnützung des Plasmons zu 92,3 pCt.

Ein Vortheil darf nicht unerwähnt bleiben. Alle diese Präparate sind geeignet in Backwerk und Brod verbacken zu werden, wodurch das Präparat cachirt und der Eiweissgehalt der Brode bis auf 30 pCt. erhöht werden kann.

Unter dem Namen Sanose wurde ein Präparat in den Handel gebracht, dass 80—88 pCt. natives Eiweiss (Casein) und 14—20 pCt. Albumosen enthält. Vor den übrigen Albumosenpräparaten verdient es den Vorzug, weil bei dem spärlichen Gehalt an Albumosen die ungünstigen Nebenwirkungen nicht hervortreten. Die Albumosen bedingen bei diesem Präparate eine feinflockige Fällung des Caseins, wodurch eine leichtere Verdauung verursacht werden soll. Auch in grösseren Dosen bis zu 50 Grm. verursacht Sanose keinen Durchfall.

Die wirksame Glycerinphosphorsäure an ein Nährpräparat zu binden, ist der Entstehungsgrund des Sanatogens, welches angeblich eine chemische Verbindung des Caseins mit 5 pCt. Glycerinphosphorsäure ist. Die Urtheile über das Sanatogen lauten günstig.

Die Combination der verschiedenen Nährpräparate mit anderen therapeutisch wirksamen Bestandtheilen, wie z. B. Eisen lieferte noch eine weitere Anzahl von Präparaten, auf die ich weiter nicht eingehe. Bei diesen tritt der Zweck des Nährpräparates selbst in den Hintergrund.

Aus der grossen Zahl der hier nicht weiter besprochenen Präparate greife ich eines noch heraus. Es ist das «Fersan». Mit diesem Präparate soll zweierlei erzielt werden, einerseits soll ein leicht resorbirbares Nährpräparat geschaffen werden, welches in die Gruppe der phosphorhaltigen Eiweisskörper gehört, andererseits wird die Blutbildung fördernde Eigenschaft dieses neuen Eisenpräparates gepriesen. Seine Eigenschaften als Nährmittel wurden von Kornauth und v. Czadek[13]) geprüft. Nach diesem einzigen vorliegenden Stoffwechselversuche wäre das Fersan in die Reihe der gut ausnützbaren Eiweisspräparate zu stellen. Ob es wie andere specifische Eiweisskörper zum directen Ansatze gebracht werden kann, ist bisher unentschieden.

Für die klinische Verwendung der Nährpräparate erscheint mir die Frage von Wichtigkeit, ob und welche Präparate zur Rectalernährung geeignet sind. Leider ist durch eine Reihe von Untersuchungen der Werth dieser therapeutischen Verwerthung sehr in Frage gestellt. Die Albumosen- und Peptonpräparate werden wegen ihrer reizenden Wirkung auf die Darmschleimhaut schlecht vertragen. Die Caseinpräparate können wegen der zu geringen Resorbirbarkeit keine grössere Verwerthung finden. Ueber die anderen Präparate fehlen in dieser Frage zuverlässige Angaben.

Da ich mich nur auf die Eiweisspräparate beschränken will, kann ich die Präparate, welche als Surrogate für die Kohlehydrate in den Handel gebracht worden sind, nur namentlich anführen. Ich meine das Aleuronat, das Roborat und das Ergon. Näher darauf einzugehen, will ich unterlassen.

Zum Schlusse muss ich fast allen Nährpräparaten den Vorwurf machen, dass sie wegen des zu hohen Preises nicht im Stande sind, die natürlichen Nahrungsmittel und Eiweissträger zu ersetzen.

Folgende kurze Uebersicht über die Preise der gebräuchlichsten und am häufigsten verordneten Präparate wird Sie von der Wahrheit meiner Behauptung überzeugen.

100 Grm.	Somatose	kosten	7 Kronen	— Heller	
100 „	Nutrose	„	3	„	20 „
100 „	Eucasin	„	1	„	90 „
100 „	Sanatogen	„	5	„	60 „
100 „	Sanose	„	4	„	20 „
100 „	Plasmon	„	4	„	50 „

Noch deutlicher tritt die Theuerung hervor aus der Zusammenstellung nach Nährwerth und Geldwerth.

70 Calorien liefern:

1 Ei	für	7	Heller,
100 Cm³ Milch	„	2,8	„
80 Grm. Fleisch	„	16,0	„
22½ Grm. Somatose . .	„	157,5	„
18 Grm. Eucasin	„	34,2	„
18 „ Nutrose . . .	„	57,6	„

Jedes Gramm Eiweiss, jede Calorie wird viel zu theuer bezahlt. Dabei darf man nicht vergessen, dass man nur den vierzigsten Theil des Bedarfes an Calorien und nur die Hälfte des Eiweissbedarfes mit so viel Geld bezahlt.

Den eingangs citirten Satz v. Leyden's möchte ich dahin ändern, dass die Nährpräparate ein Luxus der ärztlichen Therapie geworden sind. Mit der geeigneten Zusammenstellung der natürlichen Kost unter Berücksichtigung ihrer chemischen Zusammensetzung und dem physiologischen Werth der Componenten wird dem Kranken mehr gedient werden als mit den zweifelhaften Nährpräparaten.

Literatur.

1) Berl. Klin. Wochenschrift 1896, 710.
2) Therapeutische Monatshefte 1892, Juni.
3) Münchener Medicin. Wochenschrift 1898, 72, 116.
4) Beiträge zur klin. Medicin, Heft 18.
5) Münchener Medicin. Wochenschrift 1899, 6.
6) l. c.
7) Münchener Medicin. Wochenschrift 1900, Nr. 39.
8) » » » 1900, Nr. 51, 52.
9) Berliner Klinische Wochenschrift 1898, Nr. 36.
10) Pflügers Archiv 72, 75—104.
11) Sitzungsberichte Marburg 1900, Nr. 7.
12) Zeitschrift für Biologie 1900, 279.
13) Zeitschrift für die Landwirthschaft etc. 1900, III.

Ueber anthropologische, physiologische und pathologische Eigenthümlichkeiten der Juden.

Von
Dr. M. Kretzmer,
(Griwa Semgallen).
(Vortrag, gehalten in der Sitzung der Aerzte des Illuxt'schen Kreises am 26. Januar 1901).

Die Anthropologie ist die Lehre von der speciellen Naturgeschichte des Menschen. Sie beschäftigt sich mit dem Studium des lebenden Menschen und des Menschenskeletts zur Bestimmung ihrer Stelle in der Natur. Die Beziehungen der äusseren Körperformen stimmen in der Mehrzahl der Fälle mit dem inneren Inhalt des Typus überein. Es giebt sichere äusserliche Merkmale, mit Hilfe deren wir die Eigenthümlichkeiten der Racen und Nationen studieren können. Zu diesen Merkmalen gehören: die Farbe der Haut, der Haare, der Pupillen, der Wuchs und das Gewicht und Mass der einzelnen Körpertheile.

Sehr wichtig für die Unterscheidung der Eigenthümlichkeiten ist der Kopfindex, d. h. das Verhältniss des grössten Breitendurchmessers des Schädels zu seinem Längsdurchmesser; dieses Verhältniss haben die Anthropologen Broca und Retzius durch die Formel ausgedrückt:

$$\frac{\text{Grösster Breitendurchmesser} \times 100}{\text{Längendurchmesser}}.$$

Schädel mit dem Kopfindex 75 und weniger nennen wir dolichocephal, mit dem Index 78—80 mesocephal und mit dem Kopfindex mehr als 83 brachycephal.

Wie verhält sich zu diesen anthropologischen Merkmalen die jüdische Nation? Nach historischen Angaben und Ueberlieferungen zählt man die Juden zur semitischen Gruppe der kaukasischen Race. Schon im grauen Altertum hat sich der jüdische Typus ausgebildet, wie wir es jetzt leicht an den Abbildungen der Juden auf den egyptischen und assyrischen Denkmälern sehen können, welche Abbildungen man sofort von denen der anderen Völkerstämme unterscheiden kann. Der Judenstamm hat durch seine Abschliessung von anderen Stämmen in alter und neuer Zeit durch seine Auswanderung aus dem Heimatlande und durch seine Zerstreuung in die anderen Erdtheile Eigenthümlichkeiten ausgebildet und forterhalten, wie uns dies von keinem anderen Menschenstamm bekannt ist. Der Grundton und Leiter dieses Stammes war der Glaube an Einen Gott, die Erhaltung dieses Glaubens mit den mosaischen Gesetzen, und Gebräuchen und deshalb Abschliessung von anderen Stämmen.

In der That ist den Juden eine unter sich ähnliche, characteristische Gestalt eigenthümlich unter allen geographischen Breiten und Längen und unter den mannigfaltigsten socialen und politischen Verhältnissen. Anthropologisch haben die Juden folgende characteristische Merkmale:

Der Wuchs ist nicht gross 162—165 cm. durchschnittlich. Sie haben einen langen Rumpf und kurze Gliedmassen. Die Farbe der Haare und Pupillen ist grösstentheils dunkel (brünett), blonde und rothaarige kommen bei den Juden selten vor.

Nach den Messungen von Kopernitzky, Dybowski, Blechmann, Talko-Grinzewitsch, Ikow, Jacobs und Spillmann an galizischen, litthauischen, rigaschen, österreichischen, kleinrussischen und grossrussischen Juden ist die Kopfform bei den Juden grösstentheils brachycephal (Index 82—83), dolichocephale kommen nur in 5% der Fälle vor. Der Haarwuchs am Gesicht und Körper ist reichlich, oft kraus. Die Stirn ist breit, der Interorbitalraum klein, die Augen äusserst lebhaft, die Nase ist ziemlich gross, grösstentheils gerade mit beweglichen Nasenlöchern. Die Lippen sind oft dick.

Wenn auch einzelne dieser Merkmale nicht immer zutreffen, wie Farbe der Haare, der Pupillen u. s. w., so bestätigen sie nur eine von Darwin und anderen ermittelte Erfahrung der Variabilität einzelner Erscheinungen der Race und des Typus. Das Characteristische für den Judenstamm bleibt aber immer das relative Verhältniss der Entwickelung des Rumpfes zu den Extremitäten und die Brachycephalie.

Dr. G. Schultz hat in Crieps neuen Notizen Bd. 36 einen Bericht über Messungen von Personen verschiedener Nationen zur Ermittelung der Körperverhältnisse veröffentlicht. Die Messungen umfassten Russen, Juden, Tschuwassen, Tscherkessen, Neger und Esthen. Das Resultat derselben ergab dass:

1) Die Juden unter diesen 7 verschiedenen Völkerstämmen die geringste Körperhöhe hatten. Bei allen anderen Kategorieen schwankte die Körperhöhe zwischen 168—173 cm., bei den Juden betrug sie nur 164 cm. durchschnittlich.

2) Ergab es sich, dass bei den andern Völkern die Klafterweite (d. h. die Entfernung der Mittelfingerspitzen von einander bei horizontal ausgestreckten Armen) die Körperhöhe übertraf bis zu 20 cm. zu Gunsten der Klafterweite, bei den Juden fand sich die Ausnahme, dass die Klafterweite die Körperhöhe nicht übertraf, oft hingegen unter der Körperhöhe zurückblieb. Die Juden hatten also nach seinen Messungen einen relativ langen Rumpf und kurze Gliedmassen.

3) hatten die Juden den relativ längsten Kopf und Hals.

Der Brustumfang ist bei den Juden sehr oft weniger als die Hälfte der Körperlänge, sodass ein grosser Theil der Juden bei der Militairaushebung sich als dienstuntauglich ergiebt.

Der Judenstamm hat auch in seiner Physiologie Merkmale seiner Besonderheiten und zwar:

1) in der relativ kleinen Variabilität seiner körperlichen Gestaltung und seiner geistigen Thätigkeit.
2) in seiner Vermehrung und Fruchtbarkeit.
3) in seiner relativ geringeren Sterbeziffer.
4) in der Mehrzahl von Knabengeburten.

1 Die relativ kleine Variabilität der körperlichen Gestaltung und der geistigen Thätigkeit der Juden. Die Juden haben von Abraham an bis heute sich ausschliesslich in ihrem Stamme erhalten und fortgepflanzt. Es ist dies ein geschichtlich constatirtes und sich auch jetzt fortsetzendes Factum. Die Juden werden nur durch Abstammung, nur durch Geburt Juden. Sie machten und machen keine Proselyten unter anderen Stämmen. Die Bekehrung der anderen Völkerstämme zum Judentum war immer mit den grössten Schwierigkeiten verbunden. Einzelne Fälle können diesen Character des Judenstammes nicht alterieren. In der Bibel, in den Apokryphen und in der jüdischen Geschichte von Josephus Flavius wird von wenigen Mischehen erwähnt, so z. B. von der Ehe Davids mit Ruth, von der Ehe Salomos mit egyptischen, assyrischen, babylonischen etc. Frauen, von Herodes u. s. w.; aber, wenn eine Reinheit eines Stammes behauptet wird, so setzt doch sicherlich niemand voraus, dass niemals Mischehen mit anderen Elementen, sondern wohl nur, dass sie seltener als bei den anderen Völkern und keinesfalls im genügenden Masse stattgefunden hätten, um den semitischen Racentypus zu alterieren. Ausserdem sind alle Stämme, mit denen die Juden in älterer Zeit Mischehen eingegangen sind, Semiten rsp. Semitinnen gewesen. Die geographische Lage der Juden in Palästina und Syrien brachte in der That mit sich, dass sie, weil ringsum von Semiten umgeben, sie sich nur mit diesen verbinden konnten, also stets in der nämlichen Race heirateten. Ob diese Semiten rsp. Semitinnen den jüdischen Glauben hatten, ist völlig einerlei. In der Race liegt, wie Prof. Chwollson trefflich und unwiderleglich nachgewiesen hat, der Kern der Frage.

Der americanische Anthropologe Joseph Jacobs beweist in seiner Abhandlung «Are the Jews Jews?» (Sind die Juden Juden?) in den Annalen der Londoner anthropologischen Gesellschaft (1899), dass die Juden in Hinsicht der Race seit der Zerstörung des Tempels bis zur neueren Zeit rein geblieben sind. Er sagt, hätte eine bemerkliche Zahl Europäer irgendwann den jüdischen Glauben angenommen oder hätte eine erhebliche Zahl Mischehen stattgefunden, dann wäre es sicherlich angegeben in den Jahrbüchern der Geschichte. Aber alles Suchen der Historiker in dieser Hinsicht führte zu keinen Resultate. Wohl sind in der jüdischen Geschichte 2 grosse Bekehrungen zum jüdischen Glauben angegeben, nämlich der Fellahen in Abessynien und der Chasaren in der Krim. Ueber die Existenz der Fellahen wusste man nichts bis zur letzten Zeit und die Chasaren sind jedenfalls in Europa ohne Einfluss auf die jüdische Bevölkerung gewesen und haben später grösstentheils den Muhamedanismus angenommen. In allen Geschichtsbüchern wird im Gegentheil von Bekehrungen der Juden zum Christentum und Muhamedanismus erwähnt. Ueberall, wo im Mittelalter die Juden verfolgt wurden, ging eine grosse Anzahl derselben, wie in Spanien, Portugal und in den türkischen Provinzen zur herrschenden Religion über und assimilirte sich mit der übrigen Bevölkerung. Also sind alle historischen Daten dafür, dass der Rest der Juden sich racenrein erhalten hat. Als zweiten Beweis giebt Dr. Jacobs an die Existenz der Nachkommen des Oberpriesters Ahron bei den Juden, die sogenannten Kohanim. Ihre Zahl betrifft jetzt bei den Juden 5 pCt. Ihnen war immer nach den mosaischen Gesetzen strengstens untersagt, Mischehen einzugehen, folglich haben sie sich am wenigsten mit den anderen Stämmen vermischt. Dem Typus nach unterscheiden sich aber die Kohanim in keinem Zuge von den übrigen Juden; folglich ist der Judenstamm in Hinsicht der Race rein geblieben, wie er bei der Ansiedelung in Europa gewesen ist. Dr. Ikow hat auf Grund der Untersuchung einer Collection Schädel aus einer alten jüdischen Grabstätte in Bulgarien, welche sich als dolichocephal erwiesen, die Behauptung aufgestellt, dass die Juden in alter Zeit dolichocephal, aber in neuerer Zeit durch

Vermischung mit anderen Stämmen und Völkern durch geschlechtliche Zuchtwahl brachycephal geworden sind, mit anderen Worten, dass die jetzigen Juden nicht Semiten sind, sondern Iraner jüdischer Confession (Archiv f. Anthropologie Bd. 15). Aber diese Behauptung ist hinfällig schon a priori deswegen, weil es sehr zweifelhaft ist, ob die Grabstätte, aus welcher die Schädel stammten, den Juden gehört. Ausserdem hat der Archäolog Bertin nachgewiesen, dass schon im grauen Alterthum 2 jüdische Typen vorkamen, der eine mit brachycephalen Schädeln, der andere hingegen mit dolichocephalen (Bertin: «The Races of the Babylon Empire», im Journal of the Anth. Inst. London. Bd. XVIII. Nr. 2).

Aus allen meinen Angaben können wir schliessen, dass die Juden seit etwa 4000 Jahren nicht bloss die Leiber, sondern auch die Geister in Einem Stamme in einer bestimmten nur ihnen eigenthümlichen Lebensweise fortsetzen.

Meine Herren, es ist ein allgemeines Naturgesetz, dass die elterlichen Eigenschaften, die körperlichen und die geistigen, die physiologischen und pathologischen, auf die Nachkommen sich fortsetzen innerhalb der Grenzen der Art und Species. Das Vererbungsgesetz ist unabänderlich, durchschlagend gegenüber allen anderen zufälligen Einflüssen, wie Klima, Nahrung, Erziehung u. s. w. Das Kind wird auch Erbe der elterlichen Eigenschaften, aber in einer durch biologische Gesetze geregelten Mischung zu einem selbstständigen dritten Individuum. Seit Abraham ist kein anderer Stamm, keine Differenzirung in den ursprünglichen Stamm gekommen und haben sich die voreIterlichen Eigenschaften, die körperlichen und die geistigen, von Geschlecht zu Geschlecht fortgepflanzt und gesteigert. Bei den Juden ist die geschlechtliche Zuchtwahl auf ein Minimum beschränkt.

Zu den körperlichen Eigenschaften des Judenstamms gehört ihre verhältnissmässig geringe Leistungsfähigkeit zur körperlichen Arbeit. Wir sehen jetzt zwar täglich, dass in den Bezirken, wo die jüdische Bevölkerung dichter wohnt, sich die Juden mit den schwersten körperlichen Arbeiten beschäftigen, sie sind Lastträger, Fuhrleute, Schmiede, Maurer u. s. w., aber nur die dura necessitas, der Kampf ums tägliche Brod zwingt sie, ihre schwachen Kräfte zu überanstrengen und nachher werden sie dazu gewöhnt.

Der Umstand, dass die Juden verhältnissmässig sehr wenig Alkohol missbrauchen, und dass bei ihnen ein gutes Familienleben ist, stählt ihre Kräfte und macht sie mehr ausdauernd.

Zur Compensation der körperlichen Mängel gehört dem Judenstamme eine grosse, geistige Rührigkeit und Begabung, eine grosse Geschicklichkeit zu geistigen Verstandesoperationen an. Nach der Statistik Dr. Jacobs ist die Zahl der Berühmtheiten bei den Juden verhältnissmässig grösser, als bei den Engländern und Schottländern. Infolge der beständigen Verfolgungen der Juden und des Verbotes im Mittelalter, sich mit physischer Arbeit zu beschäftigen, haben die Juden im Laufe der Jahrhunderte den Verstand gestählt, um nicht im Kampf ums Dasein unterzugehen, wie die anderen Völker des Alterthums. Der geistige Sinn für Wahrnehmung, Durchdringung und für den Zusammenhang der Verhältnisse erscheint bei den Juden besonders stark. Die Nüchternheit in der Auffassung der Verhältnisse, nicht getrübt durch eitle Phantasien und nebensächliche Vorstellungen, machten und machen ihre Unternehmungen mehr gedeihlich. Der Handelsgeist ist nur eine Anwendung dieses Talents auf die Werthschätzung der wirklichen Güter.

Auch in der Wissenschaft und Kunst haben die Juden viel geleistet. In der musikalischen Welt waren Meyerbeer, Mendelssohn-Bartholdy,[1] Rubinstein, Halevy, Offenbach, Goldmark, Joachim etc. Juden resp. jüdischer Abkunft, in der Literatur Heine, Börne, Saphir, Auerbach etc., in der Medicin: Traube, Heidenhain, Henle, Cohnheim, Bernstein, Senator, Liebreich, Saenger, Freund, Jaffe, Schreiber, Mendel, Hirschberg, Zuckerkandl, Meynert etc. (cf. Lombroso, der geniale Mensch l. c.). Spinoza war der grösste Metaphysiker, Ferd. Lassalle, Marx und D'Israeli waren in neuerer Zeit die gewaltigsten Geister aus dem Judenstamme.

Aber im Allgemeinen müssen wir zugeben, dass die Juden wenig schöpferisch, wenig productiv waren, weder in der Urproduction des Bodens, noch im Gewerbe, Technik, Industrie und Welthandel. Die Erfindungen wurden von den Juden wenig vermehrt, aber sie waren wohlthätig und nützlich für die Menschheit, indem sie die Errungenschaften und Erfindungen in ihrem Werthe zu erkennen und zu verwerthen wussten. Abgesehen von den Bankgeschäften und der Presse, worin die Juden viel leisten, wurden z. B. die ersten Eisenbahnen in Deutschland von Henry Strusberg, einem gewesenen Juden, erbaut, in der Türkei und Balkanprovinzen von Baron Hirsch, in Russland theilweise von Poljakow und Warschawski. In der Wissenschaft sind die Juden kritisch, sammelnd und wissen sozusagen die geistige Waare auf den Markt zu bringen. In der Malerei und Plastik haben die Juden wenig geleistet. Es erklärt sich dies, weil von Moses Zeiten an die Bildnerei im jüdischen Cultus verboten war, diese Künste also nicht geübt und auch nicht vererbt werden konnten. Ausserdem geben die Juden ein grosses Procent Farbenblinde, so in London nach Zählung von Dr. Jacobs und Spillmann 12 pCt.

Zuletzt besitzen die Juden ein grosses Acclimatisationsvermögen in allen Erdtheilen; sie vermehren sich sogar in Indien und Algier, wo das Acclimtisationsvermögen der Europäer überhaupt zweifelhaft erscheint. Dies hängt von ihrer Lebensweise, von der Mässigkeit im Essen und besonders im Trinken und von ihrer abgeschlossenen Lebensweise ab.

2. Vermehrung und Fruchtbarkeit der Juden

Die Juden vermehrten sich in alter und neuer Zeit aus und in ihrem Stamme. Den Fremden war durch das mosaische Gesetz die Aufnahme sehr schwer gemacht. Von Moses war ihnen die Versicherung gegeben worden, dass sie zu einem grossen, mächtigen Volke erwachsen würden und dass sie sehr sollten vermehrt werden. In der That ist den Juden eine Vermehrung geworden durch die Fertilität ihres Stammes, wie es von keinem anderen Stamme beobachtet worden ist. Ein Beispiel davon ist der Auszug der Juden aus Aegypten. Nachdem 430 Jahre vorher Jacob mit den wenigen Verwandten eingewandert war, vermehrten sie sich in dieser Zeit auf $2\frac{1}{2}$ Millionen Menschen und zogen 600,000 streitbare Männer aus (Exodus l. c.). Welche Kritik man auch bei diesen Zahlen anwenden mag, immer bleibt eine ungewöhnliche Vermehrung. Eine solche Vermehrung war auch nach den damaligen Erfahrungen ungewöhnlich. Als der König Pharao durch den Juden auferlegten Frohndienst ihre Vermehrung nicht hindern konnte, so wollte er derselben ganz materiell durch Tödtung der neugeborenen Kinder entgegentreten. (Exodus l. c.)

Die Vermehrung setzte sich fort auch nach dem Auszuge aus Egypten innerhalb ihres Landes Palästina, begünstigt durch die agrarische Gesetzgebung und die Fruchtbarkeit des Bodens. Die Könige von Israel und Juda führten die mörderischsten Kriege unter sich und mit den umliegenden Stämmen, bis sie 588 v. Chr. in die babylonische Gefangenschaft entführt wurden. Alles dies hinderte nicht ihre Vermehrung bei ihrer Zerstreuung in andere Länder. Als das jüdische Reich unter Esdra wieder hergestellt wurde, welches bis 70 n. Chr. existirte, vermehrten sie sich immer, sodass bei den letzten Kriegen mit Vespasian und Titus noch 1,300,000 Juden niedergemacht wurden. Der Rest zerstreute sich über den ganzen Erdkreis und vermehrte sich weiter. Auch im Mittelalter haben weder Verfolgungen, noch massenhafte Ausrottungen und Ausweisungen während der Kreuzzüge die ungewöhnliche Vermehrung der Juden gehindert. Dr. Jacobs rechnet aus, dass im Jahre 1730 auf der ganzen Welt nur ca. $1\frac{1}{2}$ Millionen Juden gewesen sind und von diesen hat sich die jetzige jüdische Bevölkerung gebildet, welche jetzt beinahe 10 Millionen übertrifft. Das Vorkommen und die Vermehrung der Juden findet ihre Schranken, wo natürliche oder bürgerliche Verhältnisse dieselben hindern oder unmöglich machen.

In welchen Ländern sie sich mehr vermehren, kann man nicht genau angeben, weil dafür statistische Nachweise fehlen. Volkszählungen mit Unterscheidung der Juden beginnen erst in Deutschland und Oesterreich seit dem Jahre 1830. Ausserdem erschwert die Beurtheilung der häufige Wohnungswechsel, die Wanderungen der Juden von Land zu Land u. s. w. Auch bürgerliche Verhältnisse können das Vorkommen der Juden behindern oder erschweren. Wie ich schon erwähnt habe, war in früheren Jahrhunderten in vielen Ländern der Aufenthalt den Juden verboten. In anderen Ländern, wie in Polen, wurden sie berufen und privilegirt, um Handel und Wandel zu schaffen. In Preussen und Oesterreich vermehrten sich die Juden bedeutend mehr als die ihnen gegenüberstehende Bevölkerung. In Preussen stieg die Gesamtbevölkerung in den Jahren 1822—1866 um ca. $10\frac{1}{2}$ pCt., die jüdische Bevölkerung um 15 pCt. (Preuss. Statistik Bd. 48). In Oesterreich haben sich die Juden in den 50 Jahren von 1820—1869 um 3,8 pCt. vermehrt (Schwimmer, Statistik des Judenthums).

In Württemberg haben sich auf je 10,000 Einwohner in den 10 Jahren von 1861—1871 die Juden vermehrt um 15 pCt., die evangelische Bevölkerung um 0,17 pCt., die katholische Bevölkerung hat sich um 0,62 vermindert (Württemberg, Jahrb. 1871).

Die Fruchtbarkeit bei den Juden ist auch eine grosse. Es ist eine Thatsache, dass unfruchtbare Ehen bei den Juden selten, kinderreiche Ehen hingegen sehr häufig sind. Nach mosaischen Gesetzen sind kinderlose Ehen eine grosse Schande. Zur Bestimmung der ehelichen Fruchtbarkeit benutzt die Statistik folgende Erwägungen: Wenn auf je 100 Trauungen 400 eheliche Geburten kommen, ist die eheliche Fruchtbarkeit 4 pCt. Die eheliche Fruchtbarkeit ist in den Culturstaaten

der Grundstock der Erhaltung und eventuellen Vermehrung oder Verminderung einer Bevölkerung.

Nach der preussischen Statistik war in dem Zeitraum von 1820—1876 die eheliche Fruchtbarkeit der Juden 5 pCt., bei der übrigen Bevölkerung 4 pCt. (Preuss. Stat. l. c.).

Für Oesterreich hat Dr. Schwimmer für 10 Jahre (1861—1870) zusammengestellt. Nach seiner Ausrechnung stammen aus einer jüdischen Ehe 10,1 Kinder, und aus einer Ehe anderer Confession 4,5 Kinder. (Stat. des Judenthums S. 5).

Meine Herren, unabhängig von der Statistik hat es eine physiologische Berechtigung, von dem Judenstamme eine grössere Fruchtbarkeit zu erwarten, weil sich dieser Stamm seit Jahrtausenden niemals mit anderen Stämmen gemischt hat, also einen rein erhaltenen Stamm darstellt. In der Physiologie der Thiere und Pflanzen ist es durch Erfahrung festgestellt, dass bei ungemischten Arten und Species die Fruchtbarkeit grösser ist, als bei Vermischung und Kreuzung mit anderen Species und Arten. Charles Darwin erkennt geradezu in verminderter Fruchtbarkeit bei Pflanzen und Thieren die Wirkung einer Mischung. Ebenso beweisen die statistischen Daten Preussens, dass die jetzigen gemischten Ehen der Juden sehr oft kinderlos sind.

3. Verhältnissmässig geringere Zahl der Todesfälle bei den Juden (geringere Sterbeziffer).

Unter Sterbeziffer verstehen wir die Zahl der auf je 1000 Lebende des einen Stammes Gestorbenen. Die Geburtsziffer ist die Zahl der alljährlich auf 1000 Einwohner Lebendgeborenen. Wenn die Sterbeziffer und die Geburtsziffer bei einer gegebenen Bevölkerung in einem grösseren Zeitraume gleich sind, nimmt die Bevölkerung nicht zu, nicht ab; ist die Geburtsziffer grösser als die Sterbeziffer, nimmt die Bevölkerung zu, umgekehrt die Sterbeziffer. Das Endergebniss ist, dass eine Bevölkerung mit niederer Sterbeziffer gegenüber der Geburtsziffer sich vermehrt unabhängig von der absoluten Grösse der Geburtsziffer. Bei den Juden also zeigt sich eben eine geringere Sterbeziffer. J. G. Hoffmann hat in seinem Werke «Betrachtungen über den Zustand der Juden im preussischen Staate» auf die rasche Zunahme der Juden durch das Uebergewicht der Geburten über die Sterbefälle und die geringere Kindersterblichkeit aufmerksam gemacht. In den 18 Jahren (1822—1840) war die Sterbeziffer bei den Juden 21,61, bei den Christen 29,61. Das Resultat war, dass bei den Juden eine grössere Vermehrung stattfand als bei den Christen. Die Christen vermehrten sich in dem 18-jährigen Zeitraum um nicht ganz 28, die Juden um beinahe $34^{3}/_{7}$ pCt. Ausserdem ist bei den Juden die Zahl der Todtgeborenen gering; nach Wappaeus bei den Juden 2 auf 100. Auch Bernouilli hat in seinem Lehrbuch der Populationistik auf die geringe Zahl der Todtgeborenen aufmerksam gemacht.

4. Mehrzahl von Knaben bei den Juden.

Das Geschlechtsverhältniss der Neugeborenen stellt sich, wie bekannt, mit einer Regelmässigkeit dar, dass es als ein Naturgesetz erscheinen kann. Wenn man die Untersuchung auf eine genügend grosse Menge von Zahlen ausdehnt, so findet man immer, dass auf je 20 weibliche 21 männliche Geburten kommen, dass in jedem Lande, selbst inmitten aller möglichen Störungen die Geburten männlichen Geschlechts die Geburten weiblichen Geschlechts übertreffen. Nun war es aber allen Statistikern (Burdach, Hufeland, Quetelet, Bernouilli, Hoffmann und Wappaeus) aufgefallen, dass bei den Juden das Geschlechtsverhältniss der Neugeborenen schon bei verhältnissmässig kleinen Zahlen derart geändert ist, dass relativ mehr Knaben bei ihnen geboren werden.

Während nach allen Erfahrungen in allen Ländern und bei allen Ständen auf je 100 Mädchen 105—106 Knaben geboren werden, werden bei den Juden verhältnissmässig mehr Knaben geboren. Nach der preussischen Statistik wurden in dem 58jährigen Zeitraum von 1816—1874 einschliesslich der Todtgeborenen auf je 100 Mädchen 106 Knaben geboren bei der Gesammtbevölkerung, bei den Juden hingegen auf 100 Mädchen 111 Knaben. Dr. Schwimmer berechnet für Oesterreich bei den Juden auf je 100 Mädchen 128,5 Knaben und bei den anderen Nationalitäten auf je 100 Mädchen 105,8 Knaben. Die Thatsache der Mehrgeburt von Knaben muss als eine diesem Stamme eigenthümliche Erscheinung anerkannt werden.

Die pathologischen Eigenthümlichkeiten der Juden.

Nachdem ich darzustellen versucht habe die Besonderheiten des Judenstammes in anthropologischer und physiologischer Hinsicht, ist es zu erwarten, dass auch in pathologischer Hinsicht Eigenthümlichkeiten bei den Juden zur Wahrnehmung kommen. In pathologischer Hinsicht kommen in Betracht erstens wie schon erwähnt, die Reinheit des jüdischen Stammes, zweitens spielen hier eine grosse Rolle die Verwandtenheirathen. Die Eheschliessungen sind im Allgemeinen bei den Juden durch die territoriale Nähe der Eheschliessenden bedingt, da auf einem gegebenen Territorium verhältnissmässig wenig Juden wohnen, die dadurch mehr oder weniger verwandt sind. Bei den Menschen ist es durch Erfahrung festgestellt, dass Kinder blutsverwandter Eltern weniger qualificiert sind und oft angeborene Mängel und Schwächen haben. Wie Sie schon, meine Herren, aus meinem Vortrage wissen, sind bei den Juden die geistigen Eigenschaften im hohen Masse entwickelt. Das Nervensystem ist auch deshalb der locus minoris resistentiae bei den Juden. Im Jahre 1871 wurden in Preussen und Bayern die Zahl der Blinden, Taubstummen, Blödsinnigen und Irrsinnigen erhoben. Es ergab sich, dass auf eine Million der Bevölkerung kamen:

	Blinde	Taubstumme	Blödsinnige	Irrsinnige
Evangelische	1685	1915	2951	1772
Katholiken	1824	1883	2829	1848
Israeliten	2671	3305	3898	4559

Bei dieser Zählung kamen eine $^{1}/_{2}$ Million Juden zur Registrirung.

Diese Zahlen beweisen wenigstens für Preussen und Bayern, dass die Juden das grösste, fast doppelt so grosse Contingent von Blinden, Taubstummen, Blöd- und Irrsinnigen liefern als die Christen. Die Statistiken der Irrenanstalten bestätigen auch den hohen Procentsatz der Juden an Geistes- und ausserdem Nervenkrankheiten, sodass darüber in allen Lehrbüchern der Psychiatrie gesprochen wird. Kraepelin schreibt: «So scheint sich für die Juden eine grössere Neigung zu psychischen und nervösen Krankheiten zu ergeben».

Lombroso bestätigt in seinem Buche: «der geniale Mensch» die bedeutend grössere Zahl der Geistes- und Nervenkrankheiten bei den Juden und erklärt das eben durch die grössere geistige Rührigkeit der Juden, denn wo ein Organ, das Gehirn, sehr thätig ist, folgt auch leicht Ueberanstrengung und Krankheit desselben. Es wäre sehr interessant zu wissen, zu welchen Geisteskrankheiten die Juden mehr prädisponirt sind. Nach den Untersuchungen Dr. Beadle's an dem grossen Material der Londoner Irrenanstalten, erkranken die Juden besonders häufig an Paralysis progressiva, die Jüdinnen an Nachgeburtspsychosen. Nach seiner Zusammenstellung erkrankten die Juden an Paralysis progressiva in 21 pCt. der Fälle, die Nichtjuden in 13 pCt. der Fälle, die Jüdinnen an Nachgeburtspsychosen in mehr als 15 pCt. der Fälle, die Nichtjüdinnen in 6,18 pCt. der Fälle. Die Nachgeburtspsychosen bei den Jüdinnen erklärt sich Dr. Beadle durch die frühen Ehen der Jüdinnen. Warum aber die Juden an Paralysis progressiva häufiger erkranken, erscheint ihm sehr auffallend. Syphilis kommt bei den Juden wenn nicht seltener, so doch für keinen Fall häufiger, als bei den anderen Nationalitäten vor, Excesse in venere sind bei ihnen wohl sehr verbreitet, aber dafür ist der Alkoholismus bei den Juden entschieden geringer, als bei den anderen Nationalitäten. Dr. Beadle giebt nur die Möglichkeit zu, dass die häufigere Erkrankung der Juden an Paralysis progressiva sich nur durch die Ueberanstrengung des Gehirns erklären könnte. Nach den Untersuchungen Dr. Beadle's erkranken die Juden an Geisteskrankheiten in früherem Alter, als die Nichtjuden.

Das durchschnittliche Alter der Juden, welche in die Londoner Irrenanstalten eintreten, ist 37 Jahre, der Jüdinnen 36; der Nichtjuden hingegen 43 Jahre für Männer und Frauen. Dementsprechend sind auch die Sterbefälle vertheilt: die Juden sterben durchschnittlich im 45. Jahre, die Jüdinnen im 47. Jahre, Nicht-Juden im 52., Nicht-Jüdinnen im 56. Jahre. Auch die Recidive der Geisteskrankheiten sind bei den Juden doppelt so häufig, als bei den anderen Nationalitäten (The Lancet, 27. October 1900).

Meine Herren, für den Menschen ist es bekannt, dass seine Krankheitserscheinungen und seine Krankheitsanlagen vielfach mit seinen Lebensverhältnissen in nachweisbarem Zusammenhang sich ändern und dass sie diese Aenderungen auch von den Eltern vererben. Bei der Armuth und dem Elende, in welchem die Juden seit ihrer Zerstreuung lebten, sind wohl manche Organe schlecht genährt und geübt worden, wodurch allmählich Verkümmerungen derselben entstanden. Von armen, kümmerlich lebenden Menschen können nur schwächliche Kinder gezeugt werden. Von den Krankheiten, welche bei den Juden häufiger vorkommen, ist:

1) das Trachom (vergl. Pilz. Augenheilkunde 1859),
2) die Kurzsichtigkeit.

Im «Врачъ» 1899 № 42 hat Dr. Botwinnik (Ботвинникъ) eine Abhandlung veröffentlicht über die Kurzsichtigkeit der Juden. Er kam zu folgenden Schlüssen:

a) die Kurzsichtigkeit ist bei den Juden $4^{1}/_{2}$—5 mal mehr verbreitet als bei den Christen.

b) Fälle hochgradiger Myopie (10 D) kommen bei den Juden viel häufiger vor als bei der übrigen Bevölkerung,

c) die Kurzsichtigkeit hängt bei den Juden von einer erblichen Prädisposition ab.

Was die übrigen pathologischen Eigenthümlichkeiten anbetrifft, ist bei den Juden aller Erfahrung nach der Unterleib der locus minoris resistentiae. Dies hängt grössten-

theils von ihren Speisegesetzen ab, welche wohl im Alterthum in Palästina hygienisch nothwendig waren, jetzt aber einen vollständigen Anachronismus bilden.

Magen- und Leberkrankheiten, Haemorrhoiden, Diabetes mellitus sind bei den Juden vorherrschend. Dr. Stark in seiner speciellen Pathologie 1835 S. 151 schreibt: Die Juden besitzen eine geringe Anlage zur Pest, zum Typhus, zum Croup, zur Hirnwassersucht. eine desto grössere zu Hautkrankheiten, zu hypochondrischen und hysterischen Affectionen und zu Stauungen im Pfortadersystem. Die neueren Pathologen scheinen bewusst oder unbewusst diese pathologischen Eigenthümlichkeiten der Juden nicht laut werden zu lassen. Die relativ geringere Disposition der Juden bei früheren Pestepidemieen hat ihnen im Mittelalter den Vorwurf der Brunnenvergiftung und Verfolgungen und Ausrottungen zugezogen.

Hauterkrankungen sind schon bei den Juden in ältester Zeit besonders häufig gewesen und ist des Aussatzes und anderer Hautkrankheiten in der Bibel vielfach erwähnt. Besonders häufig kommen bei den Juden vor Favus, plica judaica, Eczema, Scabies und andere Hautkrankheiten.

Dr. Ed. Glatter hat in seiner Abhandlung: «Das Racenmoment in seinem Einflusse auf Erkrankungen» veröffentlicht, was er sammeln konnte über die Krankheitsvorkommnisse bei den Magyaren, Ruthenen, Deutschen und Juden, unter welchen er lange Jahre practicierte. (Canstatts Jahresbericht 1864. Bd. VII.). Er schreibt: «die Juden zeigen die grösste Immunität gegen Wechselfieber, Convulsionen, Tabes mesaraica der Kinder, Entzündung der Respirationsorgane, dagegen Neigung zur Krätze und anderen Hautkrankheiten, zu Gastrointestinalcatarrhen und Hernien».

Dr. Glatter erwähnt auch in seiner Abhandlung (l. c.), dass die Phthisis bei den Juden seltener sei, als bei der anderen Bevölkerung.

Ob es wahr ist, dass diese fürchterliche Krankheit bei den Juden seltener sei; kann man nicht genau angeben, weil darüber genaue statistische Daten fehlen. Als Bestätigung dieser Behauptung können 2 Veröffentlichungen aus der letzten Zeit dienen.

Die eine stammt von Dr. Gaster in London und ist im «Врачъ 1898» wiedergegeben. Dr. Gaster hat die Sterbeliste der vereinigten Synagogen Londons mit den Sterbelisten der übrigen Bevölkerung verglichen für den Zeitraum von 1889—1893 und kam zum Schluss, dass die Juden in London 2 mal seltener an der Schwindsucht leiden als die übrige Bevölkerung.

Die zweite Veröffentlichung haben die Aerzte Tostevint Remlinger gemacht und ist im «Врачъ» 1901 Nr. 1 wiedergegeben. Sie bestätigen die auffallende Seltenheit der Phthisis bei den Juden in Tunis. Für den Zeitraum von 1895—1899 war die Zahl der Sterbefälle bei den Juden 2744, an der Phtisis starben aber in dieser Zeit nur 34 Juden oder 1,24 pCt. Die genannten Autoren haben die jährliche Sterblichkeit an der Phthisis für die Vertreter anderer Nationen ausgerechnet. Es ergab sich, dass von den Arabern 11,8 pCt. jährlich, von den Europäern 5,13 pCt., von den Juden aber nur 0,75 pCt. jährlich an der Phthisis umkommen.

Dr. Schtschepotjew hat eine Veröffentlichung über die Lungentuberkulose in der russischen Armee gemacht. Wratsch 1900, Nr. 8).

Unter 527 registrirten Erkrankungsfällen an Lungentuberkulose waren Christen 469, Muhamedaner 37 und Juden 21. Diese Zahlen verhalten sich wie 22,3 : 1,7 : 1. Nach der Nationalität waren in den von ihm aufgezählten Regimentern Christen 88,82 pCt., Muhamedaner 5,79 pCt. und Juden 5,03 pCt. Beim Vergleich der ersten Zahlen mit den zweiten fällt die Thatsache auf, dass die Tuberkulose am häufigsten vorkommt bei den christlichen Soldaten, am seltensten bei den jüdischen Soldaten, obwohl die Ernährung der jüdischen Bevölkerung in Russland bekanntlich erbärmlich ist.

Dr. Schtschepotjew hat ausserdem aus der Litteratur folgende Veröffentlichungen über die geringere tuberkulöse Morbidität bei den Juden gesammelt. (l. c.).

1) Der englische Arzt Dr. Stellard behauptet in seinem Buche über das Bettlerthum in London, dass die jüdischen Kinder selten an Scrofulose und Tuberkulose leiden.

Gibbon erwähnt das seltene Vorkommen der Tuberkulose bei den Juden in London.

3) Lombroso berechnet, dass in Verona die Sterblichkeit der katholischen Kinder an Tuberkulose 6 pCt. beträgt, der jüdischen hingegen nur 1 pCt. Er erklärt sich diesen Unterschied dadurch, dass die Juden früh heirathen.

4) Brody findet die Sterblichkeit der katholischen Bevölkerung an Tuberkulose 7 pCt., der jüdischen hingegen nur 5 pCt.

Zum Schluss will ich noch erwähnen, dass von den meisten Pathologen nachgewiesen ist, dass die Juden häufiger als die übrige Bevölkerung an Diabetes mellitus erkranken. Dass die Juden einen grossen Procent Farbenblinde geben (nach Zählungen von Dr. Jacobs in London 12 pCt.), habe ich schon erörtert.

Meine Herren! Ich glaube durch meinen Vortrag Sie überzeugt zu haben, dass die Juden in anthropologischer, physiologischer und pathologischer Hinsicht Eigenthümlichkeiten haben, die ihnen angeboren sind und Folgen der Vererbung und Fortpflanzung in ihrem Stamme sind.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. Richard Kayser: Anleitung zur Diagnose und Therapie der Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. Mit 121 Abbildungen. Berlin 1901. Verlag von S. Karger.

Das vorliegende Buch ist aus den Vorlesungen entstanden, die Verf. in den letzten 10 Jahren in den Fortbildungscursen für praktische Aerzte gehalten hat. Auf etwa 170 Seiten giebt das Buch in gedrängter Form eine Beschreibung der wichtigsten und gebräuchlichsten Untersuchungsmethoden des Kehlkopfes, der Nase und der Ohren, der am häufigsten vorkommenden Krankheiten dieser Organe und ihrer Behandlung, deren Kenntniss auch für Allgemeinpraktiker unerlässlich ist. Die zahlreichen Abbildungen tragen sehr viel zum besseren Verständniss des Textes bei. Dem Anfänger sei die «Anleitung» bestens empfohlen. Er wird darin alles finden, was für die allgemeine Praxis unentbehrlich ist und einen guten Ueberblick über das ganze Gebiet gewinnen.

A. Sacher.

H. Guttmann: Arzneiverordnungen in der Kinderpraxis. Für Studirende und Aerzte. Dritte vollständig umgearbeitete Auflage. Verlag von S. Karger. Berlin 1901.

Das kleine in Taschenbuchformat herausgegebene Büchlein ist der kürzlich erschienenen 4. Ausgabe des Arzneibuches für das Deutsche Reich gemäss umgearbeitet worden und sind vom Verf. Veränderungen und Verbesserungen vorgenommen worden, die sich auf diejenigen neuen Arzneimittel beziehen, welche sich in der Kinderpraxis bewährt haben. Die Anordnung der Arzneimittel ist in dem Buche eine alphabetische, nach kurzen pharmakologischen und pharmaceutischen Bemerkungen folgt bei jedem Mittel die Anwendungsweise. Dosirung, erwähnt werden die Indicationen zur Anwendung des Mittels und sind den meisten Mitteln Recepte beigefügt, mit Preisangabe der zusammengestellten Verordnungsformel. Zur leichteren Orientirung dient ein therapeutisches Register am Schlusse des Buches, welches eine Zusammenstellung nach den Krankheiten bringt. Der Studirende, den es auf seinen poliklinischen Besuchen begleiten könnte, kann nun auf dem zwischen je zwei gedruckten Seiten freigelassenen weissen Papier seine eigenen Anmerkungen machen. Dieses Büchlein hat bereits auch in weiteren Kreisen Anerkennung gefunden, davon zeugen die bereits erschienenen Uebersetzungen desselben ins Russische und Italienische.

Hecker.

Fränkel. Die Arzneimittel-Synthese auf Grundlage der Beziehung zwischen chemischem Aufbau und Wirkung. Springer.

Bei der in den letzten Jahren ungemein gesteigerten Production pharmaceutischer Präparate sind eine grosse Menge werthloser Mittel hergestellt, angepriesen und auf den medicinischen Markt geworfen worden. Bei Kenntniss der in den einzelnen synthetischen Mitteln wirksamen chemischen Gruppen, kann das Ausbleiben der Wirkung bei vielen von ihnen nicht überraschen;. leider fehlt aber dieses Wissen sehr oft. Andererseits werden einer therapeutisch erfolgreichen Synthese eine Menge neuer Gesichtspunkte durch das Beherrschen gewisser pharmako-dynamischer Gesetze eröffnet.

Diesen beiden genannten Gesichtspunkten will vorliegendes Buch gerecht werden. Der Verf. hat es «für Aerzte und Chemiker» geschrieben; nach Meinung des Ref. ist es in erster Linie für Chemiker berechnet und zwar zunächst für die an Laboratorien thätigen Synthetiker. Um es mit Nutzen und Genuss lesen zu können ist eine bedeutende Menge chemischer Vorkenntnisse erforderlich, die leider nur ein geringer Bruchtheil der Aerzte besitzt. Den Werth des Buches für Mediciner soll dieses Urtheil in keiner Weise schmälern; es enthält ungeheuer viel Wissenswerthes und Interessantes in fesselnder Darstellung. Im allgemeinen Theil wird die Theorie der Wirkungsweise anorganischer und organischer Körper, sowie die Bedeutung der einzelnen Atomgruppen für die Wirkung behandelt; im speciellen Theil die einzelnen

Arzneigruppen durchgearbeitet — selbst die neuesten Erzeugnisse synthetischen Gewerbefleisses sind aufgenommen.

Wichert.

Dr. med. M. Bogdanow-Beresowski: Die Lage der Taubstummen in Russland. (Russisch). St. Petersburg 1901.

In diesem sehr interessanten, ca. 300 Seiten fassenden Buche giebt Verf. eine recht ausführliche Beschreibung der geschichtlichen Entwickelung und der gegenwärtigen Lage der Taubstummenfrage in Russland. Die erste Taubstummenschule wurde in St. Petersburg im Jahre 1806 auf Befehl der Kaiserin Maria Fedorowna, Gemahlin des Kaisers Paul I., gegründet. Nur diese einzige Schule hat eine richtige Entwickelung und gesicherte Existenz erlangt. Die meisten übrigen, deren Zahl gegenwärtig 31 beträgt, haben keine gesicherte materielle Existenz und verdanken ihr Dasein der Wohlthätigkeit einzelner Privatleute oder Gesellschaften. Der Unterricht in denselben entspricht nicht dem jetzigen Stande der Wissenschaft auf dem Gebiete der Taubstummenbildung. Eine genaue, zuverlässige Statistik der Taubstummen in Russland giebt es nicht. Mit grossem Fleiss und Eifer hat sich Verf. bemüht die Zahl derselben nach den verschiedenen vorhandenen Quellen zu berechnen. Nach ihm beträgt die Zahl der Taubstummen in Russland etwa 150 Tausend, von welchen dem Schulalter etwa 30—35 Tausend angehören. In den vorhandenen 32 Schulen wurden aber nur etwa 1300 Taubstumme unterrichtet, d. h. nur 6—7 pCt. aller taubstummen Kinder. Es bleibt also auf dem betreffenden Gebiete noch vieles zu wünschen übrig. Das Buch ist mit grossem Eifer und Sachkenntniss geschrieben. Jede Zeile zeugt dafür, dass der Verf. den elenden Taubstummen treu ergeben ist und die Aufmerksamkeit der russischen Gesellschaft für ihre traurige Lage zu erwecken sucht. Das Taubstummenwesen wird ihm dafür gewiss zu bestem Danke verpflichtet sein.

Sacher.

v. Noorden. Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung. 3. Aufl. Hirschwald.

Die neueste Auflage dieser rühmlichst bekannten Monographie ist gegenüber der 2. durch eine Umarbeitung der Capitel über die Acetonkörper und Erweiterung der auf die Nahrungsmittel bezüglichen Abschnitte bereichert. Die ausführliche und eingehende Besprechung, die die Frage der Ernährung and mithin auch Therapie in dem Werke erfährt, giebt dem Buch für den Practiker einen ganz besonderen Werth — denn bei einem in den meisten Fällen so eminent chronischen Leiden wie Diabetes, dessen höchst wahrscheinlich nicht einheitliche Grundursachen doch noch völlig unbekannt sind, sind die Factoren der Ernährung, die eine Kräftigung des Körpers ohne die Assimilationsgrenze für Kohlehydrate zu überschreiten ermöglichen, von hervorragender Bedeutung. Fast die Hälfte des Buches ist daher der Behandlung gewidmet, wobei durchaus der Werth der genau dem Einzelfall angepassten rationelldiätetischen Therapie betont wird. Ganz objective Beurtheilung erfahren die medicinellen therapeutischen Adjuvantien, unter denen auch die in letzter Zeit so vielfach kräftig reclamirten, angeblich unfehlbar heilenden Diabetesmittel abgehandelt sind.

Das Werk sei wärmstens empfohlen.

Wichert.

Schilling. Die Verdaulichkeit der Nahrungs-und Genussmittel auf Grund mikroskopischer Untersuchung der Faeces. Hartung.

Die Untersuchungen des Verf. bezwecken eine Ergänzung der durch chemische Faecalanalyse gewonnenen Resultate, und wurden an Koth von in gewöhnlicher Weise genährten Individuen angestellt. Die Resultate seiner fleissigen Arbeit bringt Verf. in Wort und Bild in vorliegender kleiner Schrift zum Ausdruck. Obgleich die Abbildungen fast durchweg viel zu wünschen übrig lassen, dürften sie doch in manchen Fällen im Stande sein, die sonderbaren Gebilde, die man oft bei mikroskopischer Faecesuntersuchung findet, deuten zu helfen.

Wichert.

Vorträge über Syphilis und Gonorrhoe und deren Folgekrankheiten. Hirschwald.

Im Auftrage des preussischen Cultus-Ministeriums wurden im Laufe des Herbstes 1900 am Charité-Krankenhause eine Reihe von Vorträgen über Syphilis und Gonorrhoe gehalten und in der Berl. klin. Wochenschrift veröffentlicht. Im Sonderabdruck aus dieser Zeitschrift liegen diese Abhandlungen in einem stattlichen Bande vereint nunmehr vor. Etwa je 1/3 der 21 Vorträge haben Syphilis resp. Gonorrhoe zum Gegenstande — die verschiedensten, mitunter einander widersprechenden theoretischen Anschauungen und pract. Erfahrungen werden verlautbart. Speciell die Gegensätze zwischen symptomatischer und chronisch-intermittirender Syphilisbehandlung kommen in 2 Vorträgen von Blaschko und Bruhns zum Ausdruck.

Wichert.

Finger: Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Complicationen. 5. Aufl. Deuticke.

Nicht zum Mindesten ist es das Verdienst Finger's, wenn in den letzten Jahren eine systematische in der Pathologie der Krankheit begründete Therapie der Gonorrhoe an Stelle des früher üblichen Schablonisirens getreten ist. In der vorliegenden neuen Auflage seines verbreiteten Lehrbuches sind die Grundlagen der modernen Tripperbehandlung auf pathologisch-anatomischen Betrachtungen fussend ausführlich und anziehend dargelegt und entsprechend den erweiterten Kenntnissen auch in vergrössertem Umfang wiedergegeben. Gegenüber einem auch noch jetzt bisweilen in der medicinischen Tagespresse auftauchenden Bestreben einzelne Methoden, resp. Mittel als ganz besonders wirkungsvoll darzustellen, betont Finger stets, dass nur eine auf genauer Kenntniss der anatomischen Vorgänge sich aufbauende exacte Diagnosenstellung und aus dieser sich ergebende präcis indicirte Therapie Aussicht auf Erfolg habe, denn den Ariadnefaden durch das Labyrinth der empfohlenen Heilmittel und Heilmethoden der Gonorrhoe giebt uns nur die pathologische Anatomie. — Das Buch sei wärmstens empfohlen.

Wichert.

Vermischtes.

— Am 7. Mai beging Dr. Carl Fowelin, Corpsarzt des Gardecorps, im Kreise seiner Freunde, Collegen und Dienstgenossen sein 50jähriges Doctorjubiläum. Am 7. Mai 1851 an der Universität Dorpat auf Grund der Dissertation: «De causa mortis post nervos vagos resectos instantis» zum Dr. med. promovirt, begann Fowelin seine militärärztliche Laufbahn am Rigaer Kriegshospital und war danach successive Arzt an mehreren Garderegimentern, zuletzt Oberarzt des L. G. Preobrashenskischen Regiments; seit 1885 ist er Corpsarzt des Gardecorps. Wie viel Hochachtung, Freundschaft und Liebe er in 50jährigem treuem und eifrigem Dienst sich erworben, fand bei der schlichten Jubelfeier beredten Ausdruck. Auch wir möchten heute dem verehrten Jubilar an dieser Stelle unseren herzlichen Glückwunsch darbringen.

— Die Russische Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit hat die Professoren Rudolph Virchow und Robert Koch in Berlin, den Begründer des «Rothen Kreuzes» A. Dunant (Genf), sowie die Professoren A. J. Jacobi (früher in Charkow), J. P. Skworzow (Charkow) und Th. Erismann (Zürich) zu Ehrenmitgliedern gewählt.

— Der ausseretatmässige ausserordentliche Professor der Moskauer Universität Dr. Gubarew (früher in Jurjew (Dorpat) ist zum etatmässigen ausserordentlichen Professor der genannten Universität für den Lehrstuhl der Geburtshilfe, Gynäkologie und Kinderkrankheiten ernannt worden.

— Der Oberarzt der hiesigen städtischen Irrenanstalt St. Nikolaus des Wunderthäters Dr. Otto Tschetschot giebt nach 35jährigem Dienst im genannten Hospital sein Amt definitiv auf. Die Stadtduma hat ihm in Anbetracht seiner Verdienste um das städtische Hospitalwesen eine Gratification in der Höhe seiner Jahresgage von 2640 Rbl. bewilligt.

— In der Generalversammlung der Gesellschaft der Militärärzte in Moskau, welche unter dem Vorsitz des Militär-Medicinalinspectors stattfand, wurde Dr. Eugen Gay zum Vicepräsidenten und Dr. Golub zum Bibliothekar wiedergewählt; neugewählt wurden Dr. Ljubomudrow — zum Secretär und Dr. A. Wassmuth zum Cassierer.

— Vor Kurzem beging der bekannte Urologe Sanitätsrath Dr. W. Marc, der sich in seinem Specialfache eines Weltrufes erfreut, das 25jährige Jubiläum seiner Wirksamkeit als Badearzt in Wildungen. Er wurde aus diesem Anlass zum Geheimen Sanitätsrath ernannt; ausserdem wurde ihm zu Ehren eine «Marc-Stiftung für unbemittelte Kranke» begründet.

(Allg. med. C.-Ztg.)

— Von Dr. Carl v. Rennenkampff ist, wie die «St. Petersburger Zeitung» erfährt, im Februar d. J. in Reval ein Brief aus Transvaal eingetroffen, wonach derselbe sich des besten Wohlseins erfreut und noch nicht die Absicht zu haben scheint, den Posten zu verlassen, welchen er in schwerer Zeit so lange mit Ehren behauptet hat. Er ist der einzige

Arzt, welcher nach Auflösung der russisch-holländischen Sanitätscolonne in Südafrika zurückgeblieben war.

— Zur Besetzung des durch die Ueberführung des Prof. Gulewitsch an die Moskauer Universität vacant gewordenen Lehrstuhls der medicinischen Chemie in Charkow ist ein Concurs ausgeschrieben worden. Bewerber haben sich bis zum 6. Juli d. J. bei der Charkower Universität zu melden.

— Der vor Kurzem hierselbst verstorbene Dr. E. Bretschneider hat seine werthvolle Bibliothek der Petersburger Universität, dem asiatischen Museum der Akademie und dem hiesigen botanischen Garten zu gleichen Theilen vermacht.

— Befördert für Auszeichnung: der frühere Bevollmächtigte der Transbaikal-Abtheilung des «Rothen Kreuzes» auf den Namen Ihrer Majestät der Kaiserin Alexandra Feodorowna, Oberarzt der Gemeinschaft barmherziger Schwestern zur Kreuzeserhöhung Dr. Rajew — zum wirklichen Staatsrath.

— Verstorben: 1) Am 3. Mai in Jurjew (Dorpat) der frühere ältere Arzt am hiesigen Nikolai-Kinderhospital, wirkl. Staatsrath Dr. Paul Schummer. Der Hingeschiedene hat über 40 Jahre hierselbst die ärztliche Praxis ausgeübt. — 2) In Warschau der frühere Oberarzt der Warschau-Wiener Eisenbahn Dr. Franz Sliwicki im 62. Lebensjahre. Der Verstorbene erfreute sich einer ausgebreiteten Praxis. — 3) Am 5. Mai in Kiew einer der ältesten und populärsten Aerzte dieser Stadt, Dr. D. M. Sagatowski im Alter von 72 Jahren. Nachdem er den Cursus in der juristischen Facultät absolvirt hatte, widmete er sich dem Studium der Medicin an der Kiewer Universität, an welcher er auch i. J. 1856 den Arztgrad erlangte. — 4) In Leiden der Professor der Chirurgie an der dortigen Universität Dr. J. v. Iterson, 58 Jahre alt, welcher namentlich auf dem Gebiete der Orthopädie vielfach literarisch thätig gewesen ist.

— Der Moskauer Arzt Leib Schatunowski, welcher der Einimpfung von Syphilis bei dreien seiner Patienten angeklagt war, ist vom Moskauer Bezirksgericht zum Verlust aller besonderen ihm persönlich und dem Stande nach zustehenden Rechte und Vorzüge und zur Gefängnissstrafe von 6 Monaten verurtheilt worden. Ausserdem wurde ihm die Ausübung der ärztlichen Praxis bis zur Bestehung einer neuen Prüfung seiner medicinischen Kenntnisse verboten. Durch die Expertise wurde festgestellt, dass Schatunowski psychisch theilweise degenerirt, in intellectueller Hinsicht jedoch vollkommen normal sei und bei der Verübung des Verbrechens sich von seiner Handlungsweise habe klare Rechenschaft geben können.

— An der Odessaer Universität betrug 1. Januar 1901, nach dem am Stiftungstage verlesenen Jahresbericht, die Gesammtzahl der Studirenden 947, von denen 119 der medicinischen Facultät angehörten.

— Zwei neue Stipendien für Medicinstudirende der Moskauer Universität. Das Ministerium der Volksaufklärung hat soeben die Statuten des auf den Namen des Geheimraths Malinin gestifteten Stipendiums bestätigt, welches von den Zinsen eines 6000 Rbl. betragenden Capitals einem unbemittelten Studenten der Moskauer medicinischen Facultät verliehen werden soll. Ebenso hat die verstorbene Titulärrathswittwe L. L. Minder zur Stiftung eines ebensolchen Stipendiums auf den Namen des verstorbenen Arztes K. K. Minder ein Capital von 6000 Rbl. der Moskauer Universität testamentarisch vermacht.

— Bei allen hiesigen 13 städtischen Gebärasylen, von denen gegenwärtig nur eines über 20 Betten, ein zweites über 16 verfügt, die übrigen aber nur 8 Betten besitzen, beabsichtigt die Stadtverwaltung die Anzahl der Betten auf 20 zu bringen, wozu 25,850 Rbl. nöthig sein werden.

— Die Neubauten der Moskauer Gouvernements-Irrenanstalt werden im laufenden Jahre zu Ende geführt. Zum Schluss des verflossenen Jahres functionirten im Hospital nur 383 Betten, gegenwärtig beträgt die Zahl derselben bereits 450 und mit Beendigung der Bauten wird die Zahl derselben auf 588 gebracht werden. Der Unterhalt der Anstalt bei vollem Bestande der Betten (588) ist auf ca. 210,000 Rbl. veranschlagt. (Her.)

— Wie verschiedene Blätter melden, soll in diesem Sommer von der Gesellschaft zur Fürsorge für Blinde eine Oculistenabtheilung unter der Leitung des Assistenten der Universitätsklinik in Jurjew (Dorpat) Dr. Werncke auf die Insel Oesel abdelegirt werden.

— In der Stadt Jeisk (Kuban-Gebiet) ist eine medicinische Gesellschaft ins Leben getreten. In ihrer ersten Sitzung am 11. April wurde Dr. A. Senkewitsch zum Präsidenten und Dr. A. Silbermann zum Secretär gewählt. (Wr.)

— Die Militär-Medicinische Akademie ist, den «Peterb Wedomosti» zufolge, dahin verständigt worden, dass hebräische Schüler der Zahnarztschulen und Lehrlinge der Dentisten, welche das Zahnarzt- oder Dentisten-Examen abzulegen wünschen, diese Examen an denjenigen Universitäten zu absolviren haben, die im Rayon der jüdischen Ansässigkeit sich befinden.

— Dr. Paul Cohn (Berlin) berichtet in der «Allg. med. C.-Ztg.», dass er in letzter Zeit auffallend häufig einige Tage nach dem Auftreten des Scharlachexanthems bei Kindern eine mässig starke «catarrhalische» Angina bei Erwachsenen in der directen Umgebung der scharlachkranken Kinder gesehen habe, jedoch ohne Exanthem und andere verdächtige Erscheinungen. Unter den verschiedenen Erklärungsmöglichkeiten ist die, dass derselbe Infectionserreger, welcher bei den Kindern Scharlach mit Exanthem veranlasst, es bei den (weniger disponirten) Erwachsenen nur zu einer Angina bringt, nicht ganz von der Hand zu weisen.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 15. April d. J. 8468 (320 mehr als in d. Vorw.), darunter 338 Typhus — (9 mehr), 825 Syphilis — (75 mehr), 362 Scharlach — (36 mehr), 118 Diphtherie — (4 mehr), 94 Masern — (49 mehr) und 41 Pockenkranke — (8 mehr als in der Vorw.).

Am 21. April d. J. betrug die Zahl der Kranken 8383 (85 mehr als in der Vorwoche.), darunter 334 Typhus — (4 wen.), 843 Syphilis — (18 mehr), 354 Scharlach — (8 wen.), 125 Diphtherie — (7 mehr), 95 Masern — (1 mehr) und 39 Pockenkranke (2 wen. als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 8. bis zum 14. April 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
368	331	699	144	69	115	12	12	20	53	66	50	58	53	35	12	0

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 11, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 17, Scharlach 19, Diphtherie 24, Croup 3, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 34, Erysipelas 2, Grippe 4, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 107, Tuberculose anderer Organe 27, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 49, Marasmus senilis 24, Krankheiten der Verdauungsorgane 71, Todtgeborene 30.

Für die Woche vom 15. bis zum 21. April 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
392	335	727	153	69	114	14	8	20	68	53	68	63	52	33	12	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 19, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 12, Scharlach 20, Diphtherie 21, Croup 0, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 35, Erysipelas 5, Grippe 6, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0., Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 10 Tuberculose der Lungen 109, Tuberculose anderer Organe 23, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 54, Marasmus senilis 30, Krankheiten des Verdauungscanals 70, Todtgeborene 28.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 18. Sept. 1901.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 24. Sept. 1901.

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.





Rakoczy
Pandur
Max-brunnen
Bitter-wasser

Eisenhaltige Kochsalzquellen. Unübertrefflich in Heilkraft b. Stoffwechselkrankheit. u. Circulationsstörung. **Ueberall zu haben.** Broschüren und Analysen gratis und franko durch die **Verwaltung der kgl. Mineralbäder Kissingen und Bocklet Friedrich Hessing.** Für Herren **Aerzte** besondere Bezugsbedingungen. Proben kostenfrei.
(85) 22—1.

MARIENBAD MED. MECH. ZANDER-INSTITUT.

Modern eingerichtete Anstalt f. **schwedische Heilgymnastik, Massage, electrische Lichtbäder, Trocken-Heissluftverfahren, vorzügliche Unterstützungsmittel** der Marienbader Curen. Besitzer und ärztl. Leiter
(82) 6—2. **Med. Dr. Eduard Kraus.**

Vinc Priessnitz'sche
Wasserheilanstalt in Gräfenberg
österr. Schlesien.

630 M. hoch im Altvatergebirge gelegen. Eisenbahnstation
Gesammte Hydrotherapie, Kohlensäure-electrische Bäder, Uebungstherapie etc.
Aerztl. Leiter Dr. **R. Hatschek,** zweiter Arzt Dr. **A. Richter.**
(72) 12—4.

Offene Curanstalt
für Nervenkranke und Erholungsbedürftige
von San.-Rath Dr. **Müller** und San.-Rath Dr. **Rehm**, seit 1865 in
Blankenburg am Harz.
(34) 10—10. Auch im Winter gut besucht. Näheres durch Prospecte.

Wasserheilanstalt in Reichenau (Niederösterreich)
„RUDOLFSBAD"

an der **Südbahnstation Payerbach, 2 Stunden per Südbahn von Wien** entfernt. **Herrliche** von allen Seiten **geschützte Lage,** in einem der **schönsten Alpenthäler Niederoesterreichs** (476 Meter über dem Meere) **Ausgezeichnete Verpflegung und sehr comfortable Unterkunft** bilden die anerkannten **Vorzüge der seit über 30 Jahren bestehenden Anstalt,** in welcher auch **Kranke,** die nur **einer klimatischen Cur** bedürfen, Aufnahme finden.

— Beginn der Saison am 15. Mai —

(bis halben Juni und im September bedeutende Ermässigung für Kost und Logis), für **Wasserkuren, Electricität und Massage, Oertelsche Cur,** (gegen **Fettleibigkeit, Fettherz und Herzschwäche**).

Eröffnung der **Trinkhalle für Molken, Milch und alle Sorten frischgefüllter-Mineralwässer am 15. Mai** und des **Voll- und Schwimmbades** (16—18° R. und 730 Quadratmeter Spiegelfläche) **am 1. Juni.** Täglich **Promenaden-Concert. Directe Telephonverbindung mit Wien.** Prospecte werden durch die Kur-Inspection auf Verlangen gratis zugesandt. — Nähere Auskünfte ertheilen:

Dr. Ludwig Thomas, Curarzt;
J. M. Waissnix Erben, Eigenthümer. (74) 3—3.

Mineral-Wasser der **STAATLICHEN QUELLEN**
VICHY CÉLESTINS
GRANDE-GRILLE, HOPITAL
MAN BEZEICHNE STETS DEN NAMEN DER QUELLE.

Bad Homburg v.d. Höhe

im Taunus, 26 Minuten von Frankfurt a. M.

Sieben Mineralquellen. Zwei Eisenquellen. **Luftkurort ersten Ranges.** Gut eingerichtete Badehäuser mit **natürlich, kohlensäurereichen, eisenhaltigen Kochsalzbädern,** Fichtennadel- und Moorbädern, Soolsprudelbädern, elektr. Lichtbädern, Inhalatorium, Winterkur. Sämmtliche Räume des Kurhauses auch im Winter geöffnet. Wohnungen bei grossem Comfort den modernen hygienischen Anforderungen entsprechend.

Mineralwasser-Versand während des ganzen Jahres.
= Broschüre und Prospecte durch die Kur- und Badeverwaltung. =
(45) 6—4

Schlesischer Obersalzbrunnen
Oberbrunnen

Ober Salzbrunn — Schutz-Marke

als alkalische Quelle ersten Ranges bereits seit 1601 erfolgreich verordne
Brunnenschriften und Analysen gratis und franco durch
Versand der Fürstlichen Mineralwasser von Ober-Salzbrunn.
Furbach & Strieboll, Salzbrunn in Schlesien.
Niederlagen in allen Apotheken und Mineralwasser-Handlungen.
(91) 8—1.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger und Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung **von 50 Cop.**).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau L. A. Bogoslawskaja, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.

SALZUNGEN (Thüringen)

Soolbad und Inhalatorium.

Kurzeit: 1. Mai bis Ende September.

Prospecte und Auskünfte kostenfrei durch

(63) 10—3. **die Badedirection.**

PERTUSSIN

Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen

Keuchhusten, Kehlkopf- u. Bronchialkatarrh.

Zu beziehen in Flaschen von ca. 250 gr. Inhalt durch jede Apotheke.

Literatur: siehe Therapeutische Beilage Nr. 7 d. D. med. Wochenschr. Nr. 27 (98); Nr. 56 d. A. M. C. Z. (99); Nr. 29 d. A. B. C. (99); Nr. 17 der Wiener Med. Bl. (1900).

Hergestellt in der **Kommendanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16.

Dépôts: **Apotheker Ad. Marcinczik, Kiew**

und **Apotheker H. Bierstümpfel, Warschau, Marszalkowska 133.**

(20) 26—9.

SANATOGEN.

Kräftigungs- und Auffrischungsmittel, namentlich für die Nerven.

Als diätetisches Nährpräparat bei **Lungenkrankheiten, Nervosität und Nervenschwäche,** bei **Frauenleiden, Bleichsucht** und **Blutarmuth,** bei **Magen- und Darmleiden,** bei **Ernährungsstörungen** der Kinder, in der Reconvalescenz nach erschöpfenden Krankheiten, **zur Vermehrung der Milch bei stillenden Frauen.**

 **Glänzend begutachtet** 

von den medicinischen Autoritäten aller Länder: in den Kliniken der Geheimräthe **v. Bergmann, Eulenburg, Tobold** in Berlin, in der dritten medicinischen Klinik des Hofraths **v. Schrötter,** der Kinderklinik des Professors **Frühwald,** in der n.-ö. Landes-Irrenanstalt Wien etc. etc.

Hergestellt durch die Firma **Bauer & Co.,** Berlin, S. O. 16.

Zu haben in allen Apotheken und Drogerien.

— Vertreter für Russland —

In Moskau: **A. Jorkowsky,** Warwarka, Haus der Gesellschaft Wikula Morosow.

In St. Petersburg: **A. Grube, Nachfolger,** Wass. Ostr., Wolchowsky Per. Haus Nr. 5.

Nur echt in der russischen Original-Packung.

Zur Behandlung des acuten Gichtanfalls

sowie aller anderen durch harnsaure Diathese bedingten Beschwerden ist

SIDONAL

das klinisch und wissenschaftlich best erprobte Mittel.

Tägliche Dosis im Anfall 5 Gramm mindesten.

Literatur steht kostenlos zu Diensten.

Vereinigte Chemische Werke Actiengesellsch. Charlottenburg.

(42) 43—10.

Sanatorium

für lungenleidende Damen

Davos-Dorf.

Besitzerin: **Frau Kropff und Tochter,**

Leitender Arzt: Hofrath **Dr. Volland.**

Näheres durch Prospecte.

(23) 26—18.

Physikalisch-diätetische Heilanstalt

Sanatorium Helenenhöhe

bei Kolberg a. Ostsee.

Kurplatz I. Banges in schönster gesunder Lage. **Hydrotherapeutische Behandlung** nach Prof. Winternitz-Wien, Sand-, Sonnen- und Luftbäder. Soolbäder im Hause für **Nervenleiden, Stoffwechselkrankheiten u. chronische Unterleibsleiden** etc. etc. Ausführliche Brochüren gratis durch die Geschäftsstelle des Verb. deutsch. Ostseebäder Berlin N. W. Neustädtische Kirchstr. 9

Bes. Frau Kapitänleutnant

Muchal-Viebroock.

Kissingen Dr. C. Dapper's * Sanatorium *

„Neues Kurhaus" für Magen- und Darmkrankheiten, Fettsucht (Entfettungskuren unter Stoffwechselcontrolle), Diabetes, Gicht, Herz- und Nierenkrankheiten, Neurasthenie (Mastkuren). Einrichtung für Elektro- u. Hydrotherapie in allen Formen. April — December. Prospecte.

(57) 17—4. **Dr. C. Dapper.**

КАРЛСБАДЪ

и его цѣлебное значеніе

составилъ **Ф. Ф. Затлоукалъ,**

докторъ медицины, практикующій на Карлсбадскихъ минеральныхъ водахъ.

Цѣна 1 р. 50 к. Для гг. врачей обращающихся прямо автору безплатно.

Адрессъ: Dr. Zatloukal. Karlsbad, Mühlbrunnstrasse, въ домѣ Böhm. Krone возлѣ Мюльбрунна. (70) 5—3.

Vermischung mit anderen Stämmen und Völkern durch geschlechtliche Zuchtwahl brachycephal geworden sind, mit anderen Worten, dass die jetzigen Juden nicht Semiten sind, sondern Iraner jüdischer Confession (Archiv f. Anthropologie Bd. 15). Aber diese Behauptung ist hinfällig schon a priori deswegen, weil es sehr zweifelhaft ist, ob die Grabstätte, aus welcher die Schädel stammten, den Juden gehört. Ausserdem hat der Archäolog Bertin nachgewiesen, dass schon im grauen Alterthum 2 jüdische Typen vorkamen, der eine mit brachycephalen Schädeln, der andere hingegen mit dolichocephalen (Bertin: «The Races of the Babylon Empire», im Journal of the Anth. Inst. London. Bd. XVIII. Nr. 2).

Aus allen meinen Angaben können wir schliessen, dass die Juden seit etwa 4000 Jahren nicht bloss die Leiber, sondern auch die Geister in Einem Stamme in einer bestimmten nur ihnen eigenthümlichen Lebensweise fortsetzen.

Meine Herren, es ist ein allgemeines Naturgesetz, dass die elterlichen Eigenschaften, die körperlichen und die geistigen, die physiologischen und pathologischen, auf die Nachkommen sich fortsetzen innerhalb der Grenzen der Art und Species. Das Vererbungsgesetz ist unabänderlich, durchschlagend gegenüber allen anderen zufälligen Einflüssen, wie Klima, Nahrung, Erziehung u. s. w. Das Kind wird auch Erbe der elterlichen Eigenschaften, aber in einer durch biologische Gesetze geregelten Mischung zu einem selbstständigen dritten Individuum. Seit Abraham ist kein anderer Stamm, keine Differenzirung in den ursprünglichen Stamm gekommen und haben sich die vorelterlichen Eigenschaften, die körperlichen und die geistigen, von Geschlecht zu Geschlecht fortgepflanzt und gesteigert. Bei den Juden ist die geschlechtliche Zuchtwahl auf ein Minimum beschränkt.

Zu den körperlichen Eigenschaften des Judenstamms gehört ihre verhältnissmässig geringe Leistungsfähigkeit zur körperlichen Arbeit. Wir sehen jetzt zwar täglich, dass in den Bezirken, wo die jüdische Bevölkerung dichter wohnt, sich die Juden mit den schwersten körperlichen Arbeiten beschäftigen, sie sind Lastträger, Fuhrleute, Schmiede, Maurer u. s. w., aber nur die dura necessitas, der Kampf ums tägliche Brod zwingt sie, ihre schwachen Kräfte zu überanstrengen und nachher werden sie dazu gewöhnt.

Der Umstand, dass die Juden verhältnissmässig sehr wenig Alkohol missbrauchen, und dass bei ihnen ein gutes Familienleben ist, stählt ihre Kräfte und macht sie mehr ausdauernd.

Zur Compensation der körperlichen Mängel gehört dem Judenstamme eine grosse, geistige Rührigkeit und Begabung, eine grosse Geschicklichkeit zu geistigen Verstandesoperationen an. Nach der Statistik Dr. Jacobs ist die Zahl der Berühmtheiten bei den Juden verhältnissmässig grösser, als bei den Engländern und Schottländern. Infolge der beständigen Verfolgungen der Juden und des Verbotes im Mittelalter, sich mit physischer Arbeit zu beschäftigen, haben die Juden im Laufe der Jahrhunderte den Verstand gestählt, um nicht im Kampf ums Dasein unterzugehen, wie die anderen Völker des Alterthums. Der geistige Sinn für Wahrnehmung, Durchdringung und für den Zusammenhang der Verhältnisse erscheint bei den Juden besonders stark. Die Nüchternheit in der Auffassung der Verhältnisse, nicht getrübt durch eitle Phantasien und nebensächliche Vorstellungen, machten und machen ihre Unternehmungen mehr gedeihlich. Der Handelsgeist ist nur eine Anwendung dieses Talents auf die Werthschätzung der wirklichen Güter.

Auch in der Wissenschaft und Kunst haben die Juden viel geleistet. In der musikalischen Welt waren Meyerbeer, Mendelssohn-Bartholdy, Rubinstein, Halevy, Offenbach, Goldmark, Joachim etc. Juden resp. jüdischer Abkunft, in der Literatur Heine, Börne, Saphir, Auerbach etc., in der Medicin: Traube, Heidenhain, Henle, Cohnheim, Bernstein, Senator, Liebreich, Saenger, Freund, Jaffe, Schreiber, Mendel, Hirschberg, Zuckerkandl, Meynert etc. (cf. Lombroso, der geniale Mensch l. c.). Spinoza war der grösste Metaphysiker, Ferd. Lassalle, Marx und D'Israeli waren in neuerer Zeit die gewaltigsten Geister aus dem Judenstamme.

Aber im Allgemeinen müssen wir zugeben, dass die Juden wenig schöpferisch, wenig productiv waren, weder in der Urproduction des Bodens, noch im Gewerbe, Technik, Industrie und Welthandel. Die Erfindungen wurden von den Juden wenig vermehrt, aber sie waren wohlthätig und nützlich für die Menschheit, indem sie die Errungenschaften und Erfindungen in ihrem Werthe zu erkennen und zu verwerthen wussten. Abgesehen von den Bankgeschäften und der Presse, worin die Juden viel leisten, wurden z. B. die ersten Eisenbahnen in Deutschland von Henry Strusberg, einem gewesenen Juden, erbaut, in der Türkei und Balkanprovinzen von Baron Hirsch, in Russland theilweise von Poljakow und Warschawski. In der Wissenschaft sind die Juden kritisch, sammelnd und wissen sozusagen die geistige Waare auf den Markt zu bringen. In der Malerei und Plastik haben die Juden wenig geleistet. Es erklärt sich dies, weil von Moses Zeiten an die Bildnerei im jüdischen Cultus verboten war, diese Künste also nicht geübt und auch nicht vererbt werden konnten. Ausserdem geben die Juden ein grosses Procent Farbenblinde, so in London nach Zählung von Dr. Jacobs und Spillmann 12 pCt.

Zuletzt besitzen die Juden ein grosses Acclimatisationsvermögen in allen Erdtheilen; sie vermehren sich sogar in Indien und Algier, wo das Acclimtisationsvermögen der Europäer überhaupt zweifelhaft erscheint. Dies hängt von ihrer Lebensweise, von der Mässigkeit im Essen und besonders im Trinken und von ihrer abgeschlossenen Lebensweise ab.

2. Vermehrung und Fruchtbarkeit der Juden

Die Juden vermehrten sich in alter und neuer Zeit aus und in ihrem Stamme. Den Fremden war durch das mosaische Gesetz die Aufnahme sehr schwer gemacht. Von Moses war ihnen die Versicherung gegeben worden, dass sie zu einem grossen, mächtigen Volke erwachsen würden und dass sie sehr sollten vermehrt werden. In der That ist den Juden eine Vermehrung geworden durch die Fertilität ihres Stammes, wie es von keinem anderen Stamme beobachtet worden ist. Ein Beispiel davon ist der Auszug der Juden aus Aegypten. Nachdem 430 Jahre vorher Jacob mit den wenigen Verwandten eingewandert war, vermehrten sie sich in dieser Zeit auf 2½ Millionen Menschen und zogen 600,000 streitbare Männer aus (Exodus l. c.). Welche Kritik man auch bei diesen Zahlen anwenden mag, immer bleibt eine ungewöhnliche Vermehrung. Eine solche Vermehrung war auch nach den damaligen Erfahrungen ungewöhnlich. Als der König Pharao durch den Juden auferlegten Frohndienst ihre Vermehrung nicht hindern konnte, so wollte er derselben ganz materiell durch Tödtung der neugeborenen Kinder entgegentreten. (Exodus l. c.)

Die Vermehrung setzte sich fort auch nach dem Auszuge aus Egypten innerhalb ihres Landes Palästina, begünstigt durch die agrarische Gesetzgebung und die Fruchtbarkeit des Bodens. Die Könige von Israel und Juda führten die mörderischsten Kriege unter sich und mit den umliegenden Stämmen, bis sie 588 v. Chr. in die babylonische Gefangenschaft entführt wurden. Alles dies hinderte nicht ihre Vermehrung bei ihrer Zerstreuung in andere Länder. Als das jüdische Reich unter Esdra wieder hergestellt wurde, welches bis 70 n. Chr. existirte, vermehrten sie sich immer, sodass bei den letzten Kriegen mit Vespasian und Titus noch 1,300,000 Juden niedergemacht wurden. Der Rest zerstreute sich über den ganzen Erdkreis und vermehrte sich weiter. Auch im Mittelalter haben weder Verfolgungen, noch massenhafte Ausrottungen und Ausweisungen während der Kreuzzüge die ungewöhnliche Vermehrung der Juden gehindert. Dr. Jacobs rechnet aus, dass im Jahre 1730 auf der ganzen Welt nur ca. 1⅓ Millionen Juden gewesen sind und von diesen hat sich die jetzige jüdische Bevölkerung gebildet, welche jetzt beinahe 10 Millionen übertrifft. Das Vorkommen und die Vermehrung der Juden findet ihre Schranken, wo natürliche oder bürgerliche Verhältnisse dieselben hindern oder unmöglich machen.

In welchen Ländern sie sich mehr vermehren, kann man nicht genau angeben, weil dafür statistische Nachweise fehlen. Volkszählungen mit Unterscheidung der Juden beginnen erst in Deutschland und Oesterreich seit dem Jahre 1830. Ausserdem erschwert die Beurtheilung der häufige Wohnungswechsel, die Wanderungen der Juden von Land zu Land u. s. w. Auch bürgerliche Verhältnisse können das Vorkommen der Juden behindern oder erschweren. Wie ich schon erwähnt habe, war in früheren Jahrhunderten in vielen Ländern der Aufenthalt den Juden verboten. In anderen Ländern, wie in Polen, wurden sie berufen und privilegirt, um Handel und Wandel zu schaffen. In Preussen und Oesterreich vermehrten sich die Juden bedeutend mehr als die ihnen gegenüberstehende Bevölkerung. In Preussen stieg die Gesammtbevölkerung in den Jahren 1822—1866 um ca. 10½ pCt., die jüdische Bevölkerung um 15 pCt. (Preuss. Statistik Bd. 48). In Oesterreich haben sich die Juden in den 50 Jahren von 1820—1869 um 3,8 pCt. vermehrt (Schwimmer, Statistik des Judenthums).

In Württemberg haben sich auf je 10,000 Einwohner in den 10 Jahren von 1861—1871 die Juden vermehrt um 15 pCt., die evangelische Bevölkerung um 0,17 pCt., die katholische Bevölkerung hat sich um 0,62 vermindert (Württemberg, Jahrb. 1871).

Die Fruchtbarkeit bei den Juden ist auch eine grosse. Es ist eine Thatsache, dass unfruchtbare Ehen bei den Juden selten, kinderreiche Ehen hingegen sehr häufig sind. Nach mosaischen Gesetzen sind kinderlose Ehen eine grosse Schande. Zur Bestimmung der ehelichen Fruchtbarkeit benutzt die Statistik folgende Erwägungen: Wenn auf je 100 Trauungen 400 eheliche Geburten kommen, ist die eheliche Fruchtbarkeit 4 pCt. Die eheliche Fruchtbarkeit ist in den Culturstaaten

der Grundstock der Erhaltung und eventuellen Vermehrung oder Verminderung einer Bevölkerung.

Nach der preussischen Statistik war in dem Zeitraum von 1820—1876 die eheliche Fruchtbarkeit der Juden 5 pCt., bei der übrigen Bevölkerung 4 pCt. (Preuss. Stat. l. c.).

Für Oesterreich hat Dr. Schwimmer für 10 Jahre (1861—1870) zusammengestellt. Nach seiner Ausrechnung stammen aus einer jüdischen Ehe 10,1 Kinder, und aus einer Ehe anderer Confession 4,5 Kinder. (Stat. des Judenthums S. 5).

Meine Herren, unabhängig von der Statistik hat es eine physiologische Berechtigung, von dem Judenstamme eine grössere Fruchtbarkeit zu erwarten, weil sich dieser Stamm seit Jahrtausenden niemals mit anderen Stämmen gemischt hat, also einen rein erhaltenen Stamm darstellt. In der Physiologie der Thiere und Pflanzen ist es durch Erfahrung festgestellt, dass bei ungemischten Arten und Species die Fruchtbarkeit grösser ist, als bei Vermischung und Kreuzung mit anderen Species und Arten. Charles Darwin erkennt geradezu in verminderter Fruchtbarkeit bei Pflanzen und Thieren die Wirkung einer Mischung. Ebenso beweisen die statistischen Daten Preussens, dass die jetzigen gemischten Ehen der Juden sehr oft kinderlos sind.

3. Verhältnissmässig geringere Zahl der Todesfälle bei den Juden (geringere Sterbeziffer).

Unter Sterbeziffer verstehen wir die Zahl der auf je 1000 Lebende des einen Stammes Gestorbenen. Die Geburtsziffer ist die Zahl der alljährlich auf 1000 Einwohner Lebendgeborenen. Wenn die Sterbeziffer und die Geburtsziffer bei einer gegebenen Bevölkerung in einem grösseren Zeitraume gleich sind, nimmt die Bevölkerung nicht zu, nicht ab; ist die Geburtsziffer grösser als die Sterbeziffer, nimmt die Bevölkerung zu, umgekehrt die Sterbeziffer. Das Endergebniss ist, dass eine Bevölkerung mit niederer Sterbeziffer gegenüber der Geburtsziffer sich vermehrt unabhängig von der absoluten Grösse der Geburtsziffer. Bei den Juden also zeigt sich eben eine geringere Sterbeziffer. J. G. Hoffmann hat in seinem Werke «Betrachtungen über den Zustand der Juden im preussischen Staate» auf die rasche Zunahme der Juden durch das Uebergewicht der Geburten über die Sterbefälle und die geringere Kindersterblichkeit aufmerksam gemacht. In den 18 Jahren (1822—1840) war die Sterbeziffer bei den Juden 21,61, bei den Christen 29,61. Das Resultat war, dass bei den Juden eine grössere Vermehrung stattfand als bei den Christen. Die Christen vermehrten sich in dem 18-jährigen Zeitraum um nicht ganz 28, die Juden um beinahe 34³/₇ pCt. Ausserdem ist bei den Juden die Zahl der Todtgeborenen gering; nach Wappaeus bei den Juden 2 auf 100. Auch Bernouilli hat in seinem Lehrbuch der Populationistik auf die geringe Zahl der Todtgeborenen aufmerksam gemacht.

4. Mehrzahl von Knaben bei den Juden.

Das Geschlechtsverhältniss der Neugeborenen stellt sich, wie bekannt, mit einer Regelmässigkeit dar, dass es als ein Naturgesetz erscheinen kann. Wenn man die Untersuchung auf eine genügend grosse Menge von Zahlen ausdehnt, so findet man immer, dass auf je 20 weibliche 21 männliche Geburten kommen, dass in jedem Lande, selbst inmitten aller möglichen Störungen die Geburten männlichen Geschlechts die Geburten weiblichen Geschlechts übertreffen. Nun war es aber allen Statistikern (Burdach, Hufeland, Quetelet, Bernouilli, Hoffmann und Wappaeus) aufgefallen, dass bei den Juden das Geschlechtsverhältniss der Neugeborenen schon bei verhältnissmässig kleinen Zahlen derart geändert ist, dass relativ mehr Knaben bei ihnen geboren werden.

Während nach allen Erfahrungen in allen Ländern und bei allen Ständen auf je 100 Mädchen 105—106 Knaben geboren werden, werden bei den Juden verhältnissmässig mehr Knaben geboren. Nach der preussischen Statistik wurden in dem 58jährigen Zeitraum von 1816—1874 einschliesslich der Todtgeborenen auf je 100 Mädchen 106 Knaben geboren bei der Gesammtbevölkerung, bei den Juden hingegen auf 100 Mädchen 111 Knaben. Dr. Schwimmer berechnet für Oesterreich bei den Juden auf je 100 Mädchen 128,5 Knaben und bei den anderen Nationalitäten auf je 100 Mädchen 105,8 Knaben. Die Thatsache der Mehrgeburt von Knaben muss als eine diesem Stamme eigenthümliche Erscheinung anerkannt werden.

Die pathologischen Eigenthümlichkeiten der Juden.

Nachdem ich darzustellen versucht habe die Besonderheiten des Judenstammes in anthropologischer und physiologischer Hinsicht, ist es zu erwarten, dass auch in pathologischer Hinsicht Eigenthümlichkeiten bei den Juden zur Wahrnehmung kommen. In pathologischer Hinsicht kommen in Betracht erstens wie schon erwähnt, die Reinheit des jüdischen Stammes, zweitens spielen hier eine grosse Rolle die Verwandtenheirathen. Die Eheschliessungen sind im Allgemeinen bei den Juden durch die territoriale Nähe der Eheschliessenden bedingt, da auf einem gegebenen Territorium verhältnissmässig wenig Juden wohnen, die dadurch mehr oder weniger verwandt sind. Bei den Menschen ist es durch Erfahrung festgestellt, dass Kinder blutsverwandter Eltern weniger qualificiert sind und oft angeborene Mängel und Schwächen haben. Wie Sie schon, meine Herren, aus meinem Vortrage wissen, sind bei den Juden die geistigen Eigenschaften im hohen Masse entwickelt. Das Nervensystem ist auch deshalb der locus minoris resistentiae bei den Juden. Im Jahre 1871 wurden in Preussen und Bayern die Zahl der Blinden, Taubstummen, Blödsinnigen und Irrsinnigen erhoben.

Es ergab sich, dass auf eine Million der Bevölkerung kamen:

	Blinde	Taubstumme	Blödsinnige	Irrsinnige
Evangelische	1685	1915	2951	1772
Katholiken	1824	1883	2829	1848
Israeliten	2671	3305	3898	4559

Bei dieser Zählung kamen eine ½ Million Juden zur Registrirung.

Diese Zahlen beweisen wenigstens für Preussen und Bayern, dass die Juden das grösste, fast doppelt so grosse Contingent von Blinden, Taubstummen, Blöd- und Irrsinnigen liefern als die Christen. Die Statistiken der Irrenanstalten bestätigen auch den hohen Procentsatz der Juden an Geistes- und ausserdem Nervenkrankheiten, sodass darüber in allen Lehrbüchern der Psychiatrie gesprochen wird. Kraepelin schreibt: «So scheint sich für die Juden eine grössere Neigung zu psychischen und nervösen Krankheiten zu ergeben».

Lombroso bestätigt in seinem Buche: «der geniale Mensch» die bedeutend grössere Zahl der Geistes- und Nervenkrankheiten bei den Juden und erklärt das eben durch die grössere geistige Rührigkeit der Juden, denn wo ein Organ, das Gehirn, sehr thätig ist, folgt auch leicht Ueberanstrengung und Krankheit desselben. Es wäre sehr interessant zu wissen, zu welchen Geisteskrankheiten die Juden mehr prädisponirt sind. Nach den Untersuchungen Dr. Beadle's an dem grossen Material der Londoner Irrenanstalten, erkranken die Juden besonders häufig an Paralysis progressiva, die Jüdinnen an Nachgeburtspsychosen. Nach seiner Zusammenstellung erkrankten die Juden an Paralysis progressiva in 21 pCt. der Fälle, die Nichtjuden in 13 pCt. der Fälle, die Jüdinnen an Nachgeburtspsychosen in mehr als 15 pCt. der Fälle, die Nichtjüdinnen in 6,18 pCt. der Fälle. Die Nachgeburtspsychosen bei den Jüdinnen erklärt sich Dr. Beadle durch die frühen Ehen der Jüdinnen. Warum aber die Juden an Paralysis progressiva häufiger erkranken, erscheint ihm sehr auffallend. Syphilis kommt bei den Juden wenn nicht seltener, so doch für keinen Fall häufiger, als bei den anderen Nationalitäten vor, Excesse in venere sind bei ihnen wohl sehr verbreitet, aber dafür ist der Alkoholismus bei den Juden entschieden geringer, als bei den anderen Nationalitäten. Dr. Beadle giebt nur die Möglichkeit zu, dass die häufigere Erkrankung der Juden an Paralysis progressiva sich nur durch die Ueberanstrengung des Gehirns erklären könnte. Nach den Untersuchungen Dr. Beadle's erkranken die Juden an Geisteskrankheiten in früherem Alter, als die Nichtjuden.

Das durchschnittliche Alter der Juden, welche in die Londoner Irrenanstalten eintreten, ist 37 Jahre, der Jüdinnen 36; der Nichtjuden hingegen 43 Jahre für Männer und Frauen. Dementsprechend sind auch die Sterbefälle vertheilt: die Juden sterben durchschnittlich im 45. Jahre, die Jüdinnen im 47. Jahre, Nicht-Juden im 52., Nicht-Jüdinnen im 56. Jahre. Auch die Recidive der Geisteskrankheiten sind bei den Juden doppelt so häufig, als bei den anderen Nationalitäten (The Lancet, 27. October 1900).

Meine Herren, für den Menschen ist es bekannt, dass seine Krankheitserscheinungen und seine Krankheitsanlagen vielfach mit seinen Lebensverhältnissen in nachweisbarem Zusammenhang sich ändern und dass sie diese Aenderungen auch von den Eltern vererben. Bei der Armuth und dem Elende, in welchem die Juden seit ihrer Zerstreuung lebten, sind wohl manche Organe schlecht genährt und geübt worden, wodurch allmählich Verkümmerungen derselben entstanden. Von armen, kümmerlich lebenden Menschen können nur schwächliche Kinder gezeugt werden. Von den Krankheiten, welche bei den Juden häufiger vorkommen, ist:

1) das Trachom (vergl. Pilz, Augenheilkunde 1859),

2) die Kurzsichtigkeit.

Im «Врачъ» 1899 № 42 hat Dr. Botwinnik (Ботвинникъ) eine Abhandlung veröffentlicht über die Kurzsichtigkeit der Juden. Er kam zu folgenden Schlüssen:

a) die Kurzsichtigkeit ist bei den Juden 4½—5 mal mehr verbreitet als bei den Christen.

b) Fälle hochgradiger Myopie (10 D) kommen bei den Juden viel häufiger vor als bei der übrigen Bevölkerung,

c) die Kurzsichtigkeit hängt bei den Juden von einer erblichen Prädisposition ab.

Was die übrigen pathologischen Eigenthümlichkeiten anbetrifft, ist bei den Juden aller Erfahrung nach der Unterleib der locus minoris resistentiae. Dies hängt grössten-

theils von ihren Speisegesetzen ab, welche wohl im Alterthum in Palästina hygienisch nothwendig waren, jetzt aber einen vollständigen Anachronismus bilden.

Magen- und Leberkrankheiten, Haemorrhoiden, Diabetes mellitus sind bei den Juden vorherrschend. Dr. Stark in seiner speciellen Pathologie 1835 S. 151 schreibt: Die Juden besitzen eine geringe Anlage zur Pest, zum Typhus, zum Croup, zur Hirnwassersucht, eine desto grössere zu Hautkrankheiten, zu hypochondrischen und hysterischen Affectionen und zu Stauungen im Pfortadersystem. Die neueren Pathologen scheinen bewusst oder unbewusst diese pathologischen Eigenthümlichkeiten der Juden nicht laut werden zu lassen. Die relativ geringere Disposition der Juden bei früheren Pestepidemieen hat ihnen im Mittelalter den Vorwurf der Brunnenvergiftung und Verfolgungen und Ausrottungen zugezogen.

Hauterkrankungen sind schon bei den Juden in ältester Zeit besonders häufig gewesen und ist des Aussatzes und anderer Hautkrankheiten in der Bibel vielfach erwähnt. Besonders häufig kommen bei den Juden vor Favus, plica judaica, Eczema, Scabies und andere Hautkrankheiten.

Dr. Ed. Glatter hat in seiner Abhandlung: «Das Racenmoment in seinem Einflusse auf Erkrankungen» veröffentlicht, was er sammeln konnte über die Krankheitsvorkommnisse bei den Magyaren, Ruthenen, Deutschen und Juden, unter welchen er lange Jahre practicierte. (Canstatts Jahresbericht 1864. Bd. VII.). Er schreibt: «die Juden zeigen die grösste Immunität gegen Wechselfieber, Convulsionen, Tabes mesaraica der Kinder, Entzündung der Respirationsorgane, dagegen Neigung zur Krätze und anderen Hautkrankheiten, zu Gastrointestinalcatarrhen und Hernien».

Dr. Glatter erwähnt auch in seiner Abhandlung (l. c.), dass die Phthisis bei den Juden seltener sei, als bei der anderen Bevölkerung.

Ob es wahr ist, dass diese fürchterliche Krankheit bei den Juden seltener sei; kann man nicht genau angeben, weil darüber genaue statistische Daten fehlen. Als Bestätigung dieser Behauptung können 2 Veröffentlichungen aus der letzten Zeit dienen.

Die eine stammt von Dr. Gaster in London und ist im «Врачъ 1898» wiedergegeben. Dr. Gaster hat die Sterbeliste der vereinigten Synagogen Londons mit den Sterbelisten der übrigen Bevölkerung verglichen für den Zeitraum von 1889—1893 und kam zum Schluss, dass die Juden in London 2 mal seltener an der Schwindsucht leiden als die übrige Bevölkerung.

Die zweite Veröffentlichung haben die Aerzte Tostevint Remlinger gemacht und ist im «Врачъ» 1901 Nr. 1 wiedergegeben. Sie bestätigen die auffallende Seltenheit der Phthisis bei den Juden in Tunis. Für den Zeitraum von 1895—1899 war die Zahl der Sterbefälle bei den Juden 2744, an der Phtisis starben aber in dieser Zeit nur 34 Juden oder 1,24 pCt. Die genannten Autoren haben die jährliche Sterblichkeit an der Phthisis für die Vertreter anderer Nationen ausgerechnet. Es ergab sich, dass von den Arabern 11,3 pCt. jährlich, von den Europäern 5,13 pCt., von den Juden aber nur 0,75 pCt. jährlich an der Phthisis umkommen.

Dr. Schtschepotjew hat eine Veröffentlichung über die Lungentuberkulose in der russischen Armee gemacht. Wratsch 1900, Nr. 8).

Unter 527 registrirten Erkrankungsfällen an Lungentuberkulose waren Christen 469, Muhamedaner 37 und Juden 21. Diese Zahlen verhalten sich wie 22,3 : 1,7 : 1. Nach der Nationalität waren in den von ihm aufgezählten Regimentern Christen 88,82 pCt., Muhamedaner 5,79 pCt. und Juden 5,03 pCt. Beim Vergleich der ersten Zahlen mit den zweiten fällt die Thatsache auf, dass die Tuberkulose am häufigsten vorkommt bei den christlichen Soldaten, am seltensten bei den jüdischen Soldaten, obwohl die Ernährung der jüdischen Bevölkerung in Russland bekanntlich erbärmlich ist.

Dr. Schtschepotjew hat ausserdem aus der Literatur folgende Veröffentlichungen über die geringere tuberkulöse Morbidität bei den Juden gesammelt. (l. c.).

1) Der englische Arzt Dr. Stellard behauptet in seinem Buche über das Bettlerthum in London, dass die jüdischen Kinder selten an Scrofulose und Tuberkulose leiden.

Gibbon erwähnt das seltene Vorkommen der Tuberkulose bei den Juden in London.

3) Lombroso berechnet, dass in Verona die Sterblichkeit der katholischen Kinder an Tuberkulose 6 pCt. beträgt, der jüdischen hingegen nur 1 pCt. Er erklärt sich diesen Unterschied dadurch, dass die Juden früh heirathen.

4) Brody findet die Sterblichkeit der katholischen Bevölkerung an Tuberkulose 7 pCt., der jüdischen hingegen nur 5 pCt.

Zum Schluss will ich noch erwähnen, dass von den meisten Pathologen nachgewiesen ist, dass die Juden häufiger als die übrige Bevölkerung an Diabetes mellitus erkranken. Dass die Juden einen grossen Procent Farbenblinde geben (nach Zählungen von Dr. Jacobs in London 12 pCt.), habe ich schon erörtert.

Meine Herren! Ich glaube durch meinen Vortrag Sie überzeugt zu haben, dass die Juden in anthropologischer, physiologischer und pathologischer Hinsicht Eigenthümlichkeiten haben, die ihnen angeboren sind und Folgen der Vererbung und Fortpflanzung in ihrem Stamme sind.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. Richard Kayser: Anleitung zur Diagnose und Therapie der Kehlkopf-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. Mit 121 Abbildungen. Berlin 1901. Verlag von S. Karger.

Das vorliegende Buch ist aus den Vorlesungen entstanden, die Verf. in den letzten 10 Jahren in den Fortbildungscursen für praktische Aerzte gehalten hat. Auf etwa 170 Seiten giebt das Buch in gedrängter Form eine Beschreibung der wichtigsten und gebräuchlichsten Untersuchungsmethoden des Kehlkopfes, der Nase und der Ohren, der am häufigsten vorkommenden Krankheiten dieser Organe und ihrer Behandlung, deren Kenntniss auch für Allgemeinpraktiker unerlässlich ist. Die zahlreichen Abbildungen tragen sehr viel zum besseren Verständniss des Textes bei. Dem Anfänger sei die «Anleitung» bestens empfohlen. Er wird darin alles finden, was für die allgemeine Praxis unentbehrlich ist und einen guten Ueberblick über das ganze Gebiet gewinnen.

A. Sacher.

H. Guttmann: Arzneiverordnungen in der Kinderpraxis. Für Studirende und Aerzte. Dritte vollständig umgearbeitete Auflage. Verlag von S. Karger. Berlin 1901.

Das kleine in Taschenbuchformat herausgegebene Büchlein ist der kürzlich erschienenen 4. Ausgabe des Arzneibuches für das Deutsche Reich gemäss umgearbeitet worden und sind vom Verf. Veränderungen und Verbesserungen vorgenommen worden, die sich auf diejenigen neuen Arzneimittel beziehen, welche sich in der Kinderpraxis bewährt haben. Die Anordnung der Arzneimittel ist in dem Buche eine alphabetische, nach kurzen pharmakologischen und pharmaceutischen Bemerkungen folgt bei jedem Mittel die Anwendungsweise, Dosirung, erwähnt werden die Indicationen zur Anwendung des Mittels und sind den meisten Mitteln Recepte beigefügt, mit Preisangabe der zusammengestellten Verordnungsformel. Zur leichteren Orientirung dient ein therapeutisches Register am Schlusse des Buches, welches eine Zusammenstellung nach den Krankheiten bringt. Der Studirende, den es auf seinen poliklinischen Besuchen begleiten könnte, kann nun auf dem zwischen je zwei gedruckten Seiten freigelassenen weissen Papier seine eigenen Anmerkungen machen. Dieses Büchlein hat bereits auch in weiteren Kreisen Anerkennung gefunden, davon zeugen die bereits erschienenen Uebersetzungen desselben ins Russische und Italienische.

Hecker.

Fränkel. Die Arzneimittel-Synthese auf Grundlage der Beziehung zwischen chemischem Aufbau und Wirkung. Springer.

Bei der in den letzten Jahren ungemein gesteigerten Production pharmaceutischer Präparate sind eine grosse Menge werthloser Mittel hergestellt, angepriesen und auf den medicinischen Markt geworfen worden. Bei Kenntniss der in den einzelnen synthetischen Mitteln wirksamen chemischen Gruppen, kann das Ausbleiben der Wirkung bei vielen von ihnen nicht überraschen; leider fehlt aber dieses Wissen sehr oft. Andererseits werden einer therapeutisch erfolgreichen Synthese eine Menge neuer Gesichtspunkte durch das Beherrschen gewisser pharmako-dynamischer Gesetze eröffnet.

Diesen beiden genannten Gesichtspunkten will vorliegendes Buch gerecht werden. Der Verf. hat es «für Aerzte und Chemiker» geschrieben; nach Meinung des Ref. ist es in erster Linie für Chemiker berechnet und zwar zunächst für die an Laboratorien thätigen Synthetiker. Um es mit Nutzen und Genuss lesen zu können ist eine bedeutende Menge chemischer Vorkenntnisse erforderlich, die leider nur ein geringer Bruchtheil der Aerzte besitzt. Den Werth des Buches für Mediciner soll dieses Urtheil in keiner Weise schmälern; es enthält ungeheuer viel Wissenswerthes und Interessantes in fesselnder Darstellung. Im allgemeinen Theil wird die Theorie der Wirkungsweise anorganischer und organischer Körper, sowie die Bedeutung der einzelnen Atomgruppen für die Wirkung behandelt; im speciellen Theil die einzelnen

Arzneigruppen durchgearbeitet — selbst die neuesten Erzeugnisse synthetischen Gewerbefleisses sind aufgenommen.

Wichert.

Dr. med. M. Bogdanow-Beresowski: Die Lage der Taubstummen in Russland. (Russisch). St. Petersburg 1901.

In diesem sehr interessanten, ca. 300 Seiten fassenden Buche giebt Verf. eine recht ausführliche Beschreibung der geschichtlichen Entwickelung und der gegenwärtigen Lage der Taubstummenfrage in Russland. Die erste Taubstummenschule wurde in St. Petersburg im Jahre 1806 auf Befehl der Kaiserin Maria Fedorowna, Gemahlin des Kaisers Paul I., gegründet. Nur diese einzige Schule hat eine richtige Entwickelung und gesicherte Existenz erlangt. Die meisten übrigen, deren Zahl gegenwärtig 31 beträgt, haben keine gesicherte materielle Existenz und verdanken ihr Dasein der Wohlthätigkeit einzelner Privatleute oder Gesellschaften. Der Unterricht in denselben entspricht nicht dem jetzigen Stande der Wissenschaft auf dem Gebiete der Taubstummenbildung. Eine genaue, zuverlässige Statistik der Taubstummen in Russland giebt es nicht. Mit grossem Fleiss und Eifer hat sich Verf. bemüht die Zahl derselben nach den verschiedenen vorhandenen Quellen zu berechnen. Nach ihm beträgt die Zahl der Taubstummen in Russland etwa 150 Tausend, von welchen dem Schulalter etwa 30—35 Tausend angehören. In den vorhandenen 32 Schulen wurden aber nur etwa 1300 Taubstumme unterrichtet, d. h. nur 6—7 pCt. aller taubstummen Kinder. Es bleibt also auf dem betreffenden Gebiete noch vieles zu wünschen übrig. Das Buch ist mit grossem Eifer und Sachkenntniss geschrieben. Jede Zeile zeugt dafür, dass der Verf. den elenden Taubstummen treu ergeben ist und die Aufmerksamkeit der russischen Gesellschaft für ihre traurige Lage zu erwecken sucht. Das Taubstummenwesen wird ihm dafür gewiss zu bestem Danke verpflichtet sein.

Sacher.

v. Noorden. Die Zuckerkrankheit und ihre Behandlung. 3. Aufl. Hirschwald.

Die neueste Auflage dieser rühmlichst bekannten Monographie ist gegenüber der 2. durch eine Umarbeitung der Capitel über die Acetonkörper und Erweiterung der auf die Nahrungsmittel bezüglichen Abschnitte bereichert. Die ausführliche und eingehende Besprechung, die die Frage der Ernährung und mithin auch Therapie in dem Werke erfährt, giebt dem Buch für den Practiker einen ganz besonderen Werth — denn bei einem in den meisten Fällen so eminent chronischen Leiden wie Diabetes, dessen höchst wahrscheinlich nicht einheitliche Grundursachen doch noch völlig unbekannt sind, sind die Factoren der Ernährung, die eine Kräftigung des Körpers ohne die Assimilationsgrenze für Kohlehydrate zu überschreiten ermöglichen, von hervorragender Bedeutung.

Fast die Hälfte des Buches ist daher der Behandlung gewidmet, wobei durchaus der Werth der genau dem Einzelfall angepassten rationelldiätetischen Therapie betont wird. Ganz objective Beurtheilung erfahren die medicinellen therapeutischen Adjuvantien, unter denen auch die in letzter Zeit so vielfach kräftig reclamirten, angeblich untehlbar heilenden Diabetesmittel abgehandelt sind.

Das Werk sei wärmstens empfohlen.

Wichert.

Schilling. Die Verdaulichkeit der Nahrungs-und Genussmittel auf Grund mikroskopischer Untersuchung der Faeces. Hartung.

Die Untersuchungen des Verf. bezwecken eine Ergänzung der durch chemische Faecalanalyse gewonnenen Resultate, und wurden an Koth von in gewöhnlicher Weise genährten Individuen angestellt. Die Resultate seiner fleissigen Arbeit bringt Verf. in Wort und Bild in vorliegender kleiner Schrift zum Ausdruck. Obgleich die Abbildungen fast durchweg viel zu wünschen übrig lassen, dürften sie doch in manchen Fällen im Stande sein, die sonderbaren Gebilde, die man oft bei mikroskopischer Faecesuntersuchung findet, deuten zu helfen.

Wichert.

Vorträge über Syphilis und Gonorrhoe und deren Folgekrankheiten. Hirschwald.

Im Auftrage des preussischen Cultus-Ministeriums wurden im Laufe des Herbstes 1900 am Charité-Krankenhause eine Reihe von Vorträgen über Syphilis und Gonorrhoe gehalten und in der Berl. klin. Wochenschrift veröffentlicht. Im Sonderdruck aus dieser Zeitschrift liegen diese Abhandlungen in einem stattlichen Bande vereint nunmehr vor. Etwa je 1/3 der 21 Vorträge haben Syphilis resp. Gonorrhoe zum Gegenstande — die verschiedensten, mitunter einander widerspechenden theoretischen Anschauungen und pract. Erfahrungen werden verlautbart. Speciell die Gegensätze zwischen symptomatischer und chronisch-intermittirender Syphilisbehandlung kommen in 2 Vorträgen von Blaschko und Bruhns zum Ausdruck.

Wichert.

Finger: Die Blennorrhoe der Sexualorgane und ihre Complicationen. 5. Aufl. Deuticke.

Nicht zum Mindesten ist es das Verdienst Finger's, wenn in den letzten Jahren eine systematische in der Pathologie der Krankheit begründete Therapie der Gonorrhoe an Stelle des früher üblichen Schablonisirens getreten ist. In der vorliegenden neuen Auflage seines verbreiteten Lehrbuches sind die Grundlagen der modernen Tripperbehandlung auf pathologisch-anatomischen Betrachtungen fussend ausführlich und anziehend dargelegt und entsprechend den erweiterten Kenntnissen auch in vergrössertem Umfang wiedergegeben. Gegenüber einem auch noch jetzt bisweilen in der medicinischen Tagespresse auftauchenden Bestreben einzelne Methoden, resp. Mittel als ganz besonders wirkungsvoll darzustellen, betont Finger stets, dass nur eine auf genauer Kenntniss der anatomischen Vorgänge sich aufbauende exacte Diagnosenstellung und aus dieser sich ergebende präcis indicirte Therapie Aussicht auf Erfolg habe, denn den Ariadnefaden durch das Labyrinth der empfohlenen Heilmittel und Heilmethoden der Gonorrhoe giebt uns nur die pathologische Anatomie. — Das Buch sei wärmstens empfohlen.

Wichert.

Vermischtes.

— Am 7. Mai beging Dr. Carl Fowelin, Corpsarzt des Gardecorps, im Kreise seiner Freunde, Collegen und Dienstgenossen sein 50jähriges Doctorjubiläum. Am 7. Mai 1851 an der Universität Dorpat auf Grund der Dissertation: «De causa mortis post nervos vagos resectos instantis» zum Dr. med. promovirt, begann Fowelin seine militärärztliche Laufbahn am Rigaer Kriegshospital und war danach successive Arzt an mehreren Garderegimentern, zuletzt Oberarzt des L. G. Preobrashenskischen Regiments; seit 1885 ist er Corpsarzt des Gardecorps. Wie viel Hochachtung, Freundschaft und Liebe er in 50jährigem treuem und eifrigem Dienst sich erworben, fand bei der schlichten Jubelfeier beredten Ausdruck. Auch wir möchten heute dem verehrten Jubilar an dieser Stelle unseren herzlichen Glückwunsch darbringen.

— Die Russische Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit hat die Professoren Rudolph Virchow und Robert Koch in Berlin, den Begründer des «Rothen Kreuzes» A. Dunant (Genf), sowie die Professoren A. J. Jacobi (früher in Charkow), J. P. Skworzow (Charkow) und Th. Erismann (Zürich) zu Ehrenmitgliedern gewählt.

— Der ausseretatmässige ausserordentliche Professor der Moskauer Universität Dr. Gubarew (früher in Jurjew (Dorpat) ist zum etatmässigen ausserordentlichen Professor der genannten Universität für den Lehrstuhl der Geburtshilfe, Gynäkologie und Kinderkrankheiten ernannt worden.

— Der Oberarzt der hiesigen städtischen Irrenanstalt St. Nikolaus des Wunderthäters Dr. Otto Tschetschot giebt nach 35jährigem Dienst im genannten Hospital sein Amt definitiv auf. Die Stadtduma hat ihm in Anbetracht seiner Verdienste um das städtische Hospitalwesen eine Gratification in der Höhe seiner Jahresgage von 2640 Rbl. bewilligt.

— In der Generalversammlung der Gesellschaft der Militärärzte in Moskau, welche unter dem Vorsitz des Militär-Medicinalinspectors stattfand, wurde Dr. Eugen Gay zum Vicepräsidenten und Dr. Golub zum Bibliothekar wiedergewählt; neugewählt wurden Dr. Ljubomudrow — zum Secretär und Dr. A. Wassmuth zum Cassierer.

— Vor Kurzem beging der bekannte Urologe Sanitätsrath Dr. W. Marc, der sich in seinem Specialfache eines Weltrufes erfreut, das 25jährige Jubiläum seiner Wirksamkeit als Badearzt in Wildungen. Er wurde aus diesem Anlass zum Geheimen Sanitätsrath ernannt; ausserdem wurde ihm zu Ehren eine «Marc-Stiftung für unbemittelte Kranke» begründet.

(Allg. med. C.-Ztg.)

— Von Dr. Carl v. Rennenkampff ist, wie die «St. Petersburger Zeitung» erfährt, im Februar d. J. in Reval ein Brief aus Transvaal eingetroffen, wonach derselbe sich des besten Wohlseins erfreut und noch nicht die Absicht zu haben scheint, den Posten zu verlassen, welchen er in schwerer Zeit so lange mit Ehren behauptet hat. Er ist der einzige

Arzt, welcher nach Auflösung der russisch-holländischen Sanitätscolonne in Südafrika zurückgeblieben war.

— Zur Besetzung des durch die Ueberführung des Prof. Gulewitsch an die Moskauer Universität vacant gewordenen Lehrstuhls der medicinischen Chemie in Charkow ist ein Concurs ausgeschrieben worden. Bewerber haben sich bis zum 6. Juli d. J. bei der Charkower Universität zu melden.

— Der vor Kurzem hierselbst verstorbene Dr. E. Bretschneider hat seine werthvolle Bibliothek der Petersburger Universität, dem asiatischen Museum der Akademie und dem hiesigen botanischen Garten zu gleichen Theilen vermacht.

— Befördert für Auszeichnung: der frühere Bevollmächtigte der Transbaikal-Abtheilung des «Rothen Kreuzes» auf den Namen Ihrer Majestät der Kaiserin Alexandra Feodorowna, Oberarzt der Gemeinschaft barmherziger Schwestern zur Kreuzeserhöhung Dr. Rajew — zum wirklichen Staatsrath.

— Verstorben: 1) Am 3. Mai in Jurjew (Dorpat) der frühere ältere Arzt am hiesigen Nikolai-Kinderhospital, wirkl. Staatsrath Dr. Paul Schummer. Der Hingeschiedene hat über 40 Jahre hierselbst die ärztliche Praxis ausgeübt. — 2) In Warschau der frühere Oberarzt der Warschau-Wiener Eisenbahn Dr. Franz Sliwicki im 62. Lebensjahre. Der Verstorbene erfreute sich einer ausgebreiteten Praxis. — 3) Am 5. Mai in Kiew einer der ältesten und populärsten Aerzte dieser Stadt, Dr. D. M. Sagatowski im Alter von 72 Jahren. Nachdem er den Cursus in der juristischen Facultät absolvirt hatte, widmete er sich dem Studium der Medicin an der Kiewer Universität, an welcher er auch i. J. 1856 den Arztgrad erlangte. — 4) In Leiden der Professor der Chirurgie an der dortigen Universität Dr. J. v. Iterson, 58 Jahre alt, welcher namentlich auf dem Gebiete der Orthopädie vielfach literarisch thätig gewesen ist.

— Der Moskauer Arzt Leib Schatunowski, welcher der Einimpfung von Syphilis bei dreien seiner Patienten angeklagt war, ist vom Moskauer Bezirksgericht zum Verlust aller besonderen ihm persönlich und dem Stande nach zustehenden Rechte und Vorzüge und zur Gefängnissstrafe von 6 Monaten verurtheilt worden. Ausserdem wurde ihm die Ausübung der ärztlichen Praxis bis zur Bestehung einer neuen Prüfung seiner medicinischen Kenntnisse verboten. Durch die Expertise wurde festgestellt, dass Schatunowski psychisch theilweise degenerirt, in intellectueller Hinsicht jedoch vollkommen normal sei und bei der Verübung des Verbrechens sich von seiner Handlungsweise habe klare Rechenschaft geben können.

— An der Odessaer Universität betrug 1. Januar 1901, nach dem am Stiftungstage verlesenen Jahresbericht, die Gesammtzahl der Studirenden 947, von denen 119 der medicinischen Facultät angehörten.

— Zwei neue Stipendien für Medicinstudirende der Moskauer Universität. Das Ministerium der Volksaufklärung hat soeben die Statuten des auf den Namen des Geheimraths Malinin gestifteten Stipendiums bestätigt, welches von den Zinsen eines 6000 Rbl. betragenden Capitals einem unbemittelten Studenten der Moskauer medicinischen Facultät verliehen werden soll. Ebenso hat die verstorbene Titulärrathswittwe L. L. Minder zur Stiftung eines ebensolchen Stipendiums auf den Namen des verstorbenen Arztes K. K. Minder ein Capital von 6000 Rbl. der Moskauer Universität testamentarisch vermacht.

— Bei allen hiesigen 13 städtischen Gebärasylen, von denen gegenwärtig nur eines über 20 Betten, ein zweites über 16 verfügt, die übrigen aber nur 8 Betten besitzen, beabsichtigt die Stadtverwaltung die Anzahl der Betten auf 20 zu bringen, wozu 25,850 Rbl. nöthig sein werden.

— Die Neubauten der Moskauer Gouvernements-Irrenanstalt werden im laufenden Jahre zu Ende geführt. Zum Schluss des verflossenen Jahres functionirten im Hospital nur 383 Betten, gegenwärtig beträgt die Zahl derselben bereits 450 und mit Beendigung der Bauten wird die Zahl derselben auf 588 gebracht werden. Der Unterhalt der Anstalt bei vollem Bestande der Betten (588) ist auf ca. 210,000 Rbl. veranschlagt. (Her.)

— Wie verschiedene Blätter melden, soll in diesem Sommer von der Gesellschaft zur Fürsorge für Blinde eine Oculistenabtheilung unter der Leitung des Assistenten der Universitätsklinik in Jurjew (Dorpat) Dr. Wernecke auf die Insel Oesel abdelegirt werden.

— In der Stadt Jeisk (Kuban-Gebiet) ist eine medicinische Gesellschaft ins Leben getreten. In ihrer ersten Sitzung am 11. April wurde Dr. A. Senkewitsch zum Präsidenten und Dr. A. Silbermann zum Secretär gewählt. (Wr.)

— Die Militär-Medicinische Akademie ist, den «Peterb Wedomosti» zufolge, dahin verständigt worden, dass hebräische Schüler der Zahnarztschulen und Lehrlinge der Dentisten, welche das Zahnarzt- oder Dentisten-Examen abzulegen wünschen, diese Examen an denjenigen Universitäten zu absolviren haben, die im Rayon der jüdischen Ansässigkeit sich befinden.

— Dr. Paul Cohn (Berlin) berichtet in der «Allg. med. C.-Ztg.», dass er in letzter Zeit auffallend häufig einige Tage nach dem Auftreten des Scharlachexanthems bei Kindern eine mässig starke «catarrhalische» Angina bei Erwachsenen in der directen Umgebung der scharlachkranken Kinder gesehen habe, jedoch ohne Exanthem und andere verdächtige Erscheinungen. Unter den verschiedenen Erklärungsmöglichkeiten ist die, dass derselbe Infectionserreger, welcher bei den Kindern Scharlach mit Exanthem veranlasst, es bei den (weniger disponirten) Erwachsenen nur zu einer Angina bringt, nicht ganz von der Hand zu weisen.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 15. April d. J. 8468 (320 mehr als in d. Vorw.), darunter 338 Typhus — (9 mehr), 825 Syphilis — (75 mehr), 362 Scharlach — (36 mehr), 118 Diphtherie — (4 mehr), 94 Masern — (49 mehr) und 41 Pockenkranke — (8 mehr als in der Vorw.).

Am 21. April d. J. betrug die Zahl der Kranken 8383 (85 mehr als in der Vorwoche.), darunter 334 Typhus — (4 wen.), 843 Syphilis — (18 mehr), 354 Scharlach — (8 wen.), 125 Diphtherie — (7 mehr), 95 Masern — (1 mehr) und 39 Pockenkranke (2 wen. als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 8. bis zum 14. April 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
368	331	699	144	69	115	12	12	20	53	66	50	58	53	35	12	0

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 11, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 17, Scharlach 19, Diphtherie 24, Croup 3, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 34, Erysipelas 2, Grippe 4, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 107, Tuberculose anderer Organe 27, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 49, Marasmus senilis 24, Krankheiten der Verdauungsorgane 71, Todtgeborene 30.

Für die Woche vom 15. bis zum 21. April 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
392	335	727	153	69	114	14	8	20	68	53	68	63	52	33	12	0

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 19, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 12, Scharlach 20, Diphtherie 21, Croup 0, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 35, Erysipelas 5, Grippe 6, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberculose der Lungen 109, Tuberculose anderer Organe 23, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 54, Marasmus senilis 30, Krankheiten des Verdauungscanals 70, Todtgeborene 28.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 18. Sept. 1901.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 24. Sept. 1901.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger und Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Дозв. ценз. Спб., 12 Мая 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. KatharinenhoferPr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 20 St. Petersburg, (1. Juni) 19. Mai **1901**

Nordseebäder und ihre Anwendung.

Eine balneologische Skizze

von

Dr. med. Zoepffel-Norderney,
Specialarzt für Nasen-, Hals- und Lungenleiden.

Alljährlich strömen ganze Schaaren Gesunder, Erholungsbedürftiger und Kranker nach der grössten der deutschen Nordseeinseln, Norderney, um dort ein Wiedersehen mit guten Bekannten zu feiern, sich im Aufenthalt in der staubfreien, reinen Luft und im Bade in der salzhaltigen Meeresfluth, Kraft und Widerstandsfähigkeit für den Kampf um's Dasein zu schöpfen, Genesung zu suchen von Krankheitszuständen.

Alljährlich aber verlassen dieses Inselgebiet Viele, ohne die erhoffte Heilung oder Besserung ihrer Leiden zu erfahren, Groll im Herzen gegen Denjenigen, der ihnen den Rath ertheilte, Linderung für ihre Leiden an der See zu suchen.

Eine mehrjährige Beobachtung gerade solcher Kurgäste, welche aus dem Auslande, der Oesterreichisch-Ungarischen Monarchie und vornehmlich aus dem russischen Binnenlande, die weite Reise an die See unternehmen, veranlasst mich das Wort zu nehmen, um namentlich denjenigen Herren Collegen, die sich nicht persönlich von den Kurmitteln und den Kurorten überzeugen können, denen sie ihre Patienten anvertrauen, einige Aufschlüsse zu geben.

Zunächst muss darauf hingewiesen werden, dass ein Aufenthalt an der Nordsee nicht schlankweg gleichbedeutend ist mit einem an der See überhaupt. Ebenso, wie bei der Auswahl eines Kurortes im Binnenlande oder im Gebirge eine Abwägung stattfindet der einzelnen Brunnen- und Bädersorten, der Höhenlage, der Aufenthaltsdauer für den einzelnen Krankheitsfall, ist dies in erhöhtem Masse der Fall oder sollte es sein bei der Auswahl eines See-Aufenthaltes. Kommen hier doch Natureinwirkungen und Naturkräfte zur Entfaltung, die weise vertheilt und individuell verwerthet, Kurmittel im wahrsten Sinne des Wortes werden, während sie unbedachtsam und, wie es leider oft geschieht, nach eigenem Belieben angewandt, nur Schaden stiften und den gewählten Kurort in Misscredit bringen müssen.

Während beispielsweise an der Ostsee ein Aufenthalt von ½ Stunde und darüber im Wasser, bei genügender Bewegung durch Schwimmen oder Umherplantschen im wenig bewegten Wasser meist ohne Nachtheil ertragen wird, ist an der Nordsee, mit dem ewig wechselnden Spiel von Ebbe und Fluth, wo gewissermassen die Welle an dem Badenden die Bewegung ausübt, mit dem Badenden ihr Spiel treibt, wo mancher Wellenberg den Körper wie mit Peitschenhieben trifft, und mit demselben Peitschenschlag den Badenden wie einen Kork mehrere Schritte gegen das Ufer wirft, ist an der Nordsee selbst für einen ganz Gesunden ein über das Mass ausgedehnter Aufenthalt im Wasser mit schwerer Schädigung, Kopfschmerz, Schwindel, Schlaflosigkeit, allgemeinem Schwächegefühl, verbunden. Trotzdem nimmt der gewissenhafte Kurgast die ihm «vorgeschriebenen 18 bis 24 Bäder ohne bestimmte Dauer des einzelnen Bades», ja er badet auch zweimal des Tages, wenn Umstände ihm zeitweise das Baden verbieten, weil sein Arzt ihm eine bestimmte Anzahl von Bädern verordnet hat. Wenn dies am Gesunden sich rächt, wie viel muss erst ein schwacher oder kranker Organismus leiden!

Welches sind nun die Kurmittel an der Nordsee, wie sollen dieselben ausgenützt werden und welche Zustände im pathologischen Sinne eignen sich am besten für die Ausnutzung der gebotenen Hilfsmittel?

Nehmen wir die letzte Frage vorweg, so lassen sich aus den für den Inselaufenthalt geeigneten Krankheitsformen zwei grosse Gruppen bilden. Die erste umfasst die vom Nervensystem ausgehenden Störungen, angefangen mit dem Erholungsbedürfniss in Folge Ueberreizung und Ueberanstrengung bis zu den Neuralgien und Lähmungen.



Wie viel auf diesem Gebiete von den Kranken gesündigt wird, erfahren wir Norderneyer Aerzte fast täglich und haben alle Mühe, den Missbrauch der kalten Seebäder unseren Patienten klar zu machen. Eine in Vorbereitung befindliche Arbeit aus der Feder des Norderneyer Nervenarztes Dr. Weber hat sich die Aufgabe gestellt, die Indicationen des Aufenthaltes an der Nordsee für Nervenleidende und ihre Behandlungsart festzustellen, so dass ich, um nicht zu sehr über den Rahmen dieser Arbeit hinauszugehen, hier auf ein Eingehen auf diese Krankheitsgruppe verzichten muss.

Die für mich in Betracht kommende zweite grosse Hauptgruppe der für die Nordsee sich eignenden Krankheitsformen, umfasst das grosse Gebiet der Schwächezustände, welche sich durch krankhafte und mangelhafte Körperernährung kund geben. Dahin gehören die Hautschwäche nebst den von derselben herrührenden Erkältungen, die verschiedenen Formen der Blutarmuth mit Einschluss der constitutionellen Schwäche, die Scrophulose und die Anfangsstadien der Tuberculose.

Die idealen und grossherzigen Bestrebungen der Culturländer, welche auf den grossen internationalen Congressen zur Bekämpfung der Tuberculose zu Tage treten und die Nachrichten aus den einzelnen Staaten über Einrichtungen, welche getroffen werden zum Schutze gegen den gewaltigen Feind der Menschheit, den Tuberkelbacillus, haben ein erhöhtes Interesse wachgerufen für alle Erscheinungen und Entwickelungsformen bereits bestehender Tuberculose als auch besonders für die Wege zur Verhütung der Entstehung im Kindesalter und zur Beschränkung auf die ersten Anfangsstadien. Gerade für diese Zustände, die noch unterdrückt werden können, bei denen es darauf ankommt dem Krankheitserreger möglichst den Boden zu entziehen oder doch ihn im Keime zu ersticken, gerade für die Schwächezustände des Kindesalters, Blutarmuth und Scrophulose, Drüsentuberculose, aber auch für die Anfangsstadien der Lungentuberculose, den Spitzencatarrh, steht auf der Tagesordnung der heutigen Zeit obenan der Aufenthalt an der See.

Doch zurück zu unserem Ausgangspunct, der grossen Hauptgruppe der Erkältungskrankheiten.

Die zu Erkältungen disponirten Personen haben entweder eine blasse, schlaffe und dünne, oder eine zu starker Schweissbildung geneigte Haut. Diese Empfindlichkeit der Haut ist häufig bedingt durch Verweichlichung, durch übermässig warme Bekleidung, durch beständigen Aufenthalt in überhitzten Räumen, durch fortgesetzten Gebrauch von heissen Bädern etc. Die dadurch hervorgerufenen Erkrankungen sind hauptsächlich Schnupfen, Mandel- und Rachenentzündungen, Kehlkopf- und Luftröhrencatarrhe mit ihren Folgeerscheinungen.

Was bietet uns nun die Nordsee an Hilfsmitteln gegen diese Zustände?

Zwei grosse Heilfactoren stehen uns da zu Gebote: die Luft und das Wasser.

Es ist das grosse Verdienst des zu früh verstorbenen Prof. Beneke, dargethan zu haben, dass die Wirkung der Inselluft derjenigen des Seebades voranzustellen ist und in richtiger Vereinigung mit dem Seebade ein Heilverfahren wird, wie ihn das Festland nicht besitzt. Mehrfach angestellte Untersuchungen haben ergeben, dass in der Luft der Inselwelt in der Nordsee der Sauerstoff gegen das Festland vermehrt ist, dass dagegen die Kohlensäure vermindert ist — nach v. Pettenkofer 3 °/₀₀ gegen 20 und 50 °/₀₀ in schlecht ventilirten Wohnräumen. — Die Seeluft enthält nach der Lenderschen Farbenscala erhöhten Ozongehalt, der Gehalt an Salzbeimengungen ist grösser und wächst mit der Lage der Insel, so dass z. B. Helgoland am meisten, die der Küste vorgelagerten Inseln weniger Salzgehalt aufweisen. Die beständigen Tages- und Nachttemperaturen, welche die schroffen Uebergänge von Hitze zur Kühle, Feuchtigkeit und Nebel nicht kennt, die durch Verdunstung der colossalen Meeresfläche stets feucht gehaltene Luft und die Beständigkeit dieser feuchten Athmungsluft, alles das wirkt belebend und erregend auf den erkrankten Organismus. Diese Wirkung beschränkt sich nicht nur auf die Haut; sie zeigt sich bei der Circulation des Blutes, indem der Puls langsamer, voller und härter wird, das Herz kräftiger und voller wird; die geringere Wasserverdunstung durch Lungen und Haut, wegen des starken Feuchtigkeitsgehaltes in der Seeluft, bedingt erhöhte Thätigkeit der Nieren und des Darmes und Vermehrung der Auswurfstoffe im Urin. Diese physiologische Wirkung einer Luftcur auf das Muskelsystem, die Magen- und Darmthätigkeit, die Nieren, das gesammte Nervensystem wird nun noch unterstützt und vermehrt durch das Wasser, welches in Gestalt der kalten Seebäder einer kräftigen Massagecur gleichzuachten ist.

Hierin liegt ein erheblicher Unterschied gegen das Baden in der Ostsee. Während in dem ruhigen Wasser der Ostsee, welche durch schnelleres Entströmen ihrer Wärme aus den tieferen Schichten beträchtliche Differenzen in der Oberflächentemperatur gegen die tieferen Lagen aufweist, während hier der Badende kräftige Bewegungen ausführt, um dadurch die Abkühlung der Hauttemperatur zu ersetzen, tritt in der Nordsee das Gegentheil ein. Die gleichmässigere Temperatur der verschiedenen, in steter Bewegung befindlichen Wasserschichten lassen Unterschiede zwischen Wasser- und Lufttemperatur nur gering erscheinen. Die Wogen prallen gegen den Badenden, machen mit dem Badenden Bewegungen und führen ihrerseits zu den physiologischen Wirkungen. Das erste Gefühl, das man beim plötzlichen Eintauchen in das Meer empfindet, ist eine mit dem Temperaturgrade in geradem Verhältniss stehende Erschütterung des ganzen Nervensystems, die sich durch Frostschauer oder wirkliche Kalteempfindung ausspricht; die Respiration wird schwer, unterbrochen, fast keuchend, die ganze Oberfläche des Körpers wird bleich und bietet jenes, gewöhnlich als Gänsehaut bezeichnete Aussehen. Dieser allgemeine Krampf wird um so peinlicher, wenn man langsam und zögernd ins Wasser geht und umgekehrt kann der Einfluss der Gewohnheit jene Unbehaglichkeit beseitigen, so dass man nach einer grösseren Anzahl von Bädern kaum mehr als einen leichten Schauer und geringe Beklemmung empfindet. Kommt nun eine kräftige Welle, erschüttert den Gesammtkörper, so treten diese vorher genannten Erscheinungen zurück, die Lebenskräfte erwachen, der Krampf hört auf, das Kältegefühl weicht der behaglichen Wärme; das Blut, welches von der Peripherie nach den tieferliegenden Gefässen getrieben war, nimmt seine frühere Richtung wieder an, die Haut röthet sich, der Puls wird gehoben und normal, die Respiration natürlich und man fühlt sich bald gestärkt und erquickt. Dies aber ist der geeignete Moment, das Bad zu verlassen, und wenn das nach 5—8 Wellen geschieht, das Befinden am Tage ein gutes bleibt, der Schlaf ungestört anhält, kann am nächsten Tage das Bad wiederholt werden. Andernfalls ist eine Pause zu machen und einen Tag zu überschlagen.

Erheblich verschieden von der Wirkung des kalten Seebades ist diejenige des warmen Seebades. Bei einem Salzgehalt von 3,8 pCt. in der Nordsee kommt ein solches Bad gleich einem Soolbad und äussert demgemäss seine Wirkungen.

Die Anwendung warmer Seebäder ist angezeigt bei allen Zuständen, in denen die Wärme entziehende Wirkung des kalten Seebades vermieden werden soll, oder

doch nur so gross sein darf, dass ein Ersatz von Wärmeproduction stattfindet. Wesentlich gewisse Erkrankungen des Nervensystems, Erregungszustände des Nervensystems und der Herzthätigkeit, rheumatische Anschwellungen, vor allem Anschwellungen der Lymphdrüsen bei Scorphulose und entzündliche Exsudate finden in den warmen Seebädern, welche für jeden Fall besonders zu temperiren sind, ihr Behandlungsgebiet. Sie wirken beruhigend und secretionsfördernd.

Wir kommen nun zu der Anwendungsart dieser einzelnen Heilfactoren, und hier werden die gröbsten Vergehungen begangen. Geht ein Kranker nach Ems oder Kissingen, Marienbad oder Karlsbad, nach Elster oder Franzensbad, stets lässt er sich genaue Instructionen ertheilen von seinem mit den Heilfactoren bekannten Hausarzt oder dem mit den Verhältnissen am Orte vertrauten Arzt, über Art des Brunnens, wann, wie viel er trinken, baden soll und wie sein Verhalten im Allgemeinen einzurichten ist.

Bei den sehr differenten Wirkungen der Nordsee auf den einzelnen Zustand und wiederum auf einzelne Epochen während des Verlaufes einer Krankheit, sollten Aerzte und Patienten in gleicher Weise es sich angelegen sein lassen, die richtige Auswahl der Bäder zu treffen und am Orte selbst die sachgemässe Anwendung der Kurmittel zu erfahren, damit Patient und Arzt in gutem Einvernehmen bleiben.

Was die Auswahl des geeignetsten Aufenthaltsortes an der Nordsee anlangt, so kann ich sagen, die Wirkung der Luft und des Seewassers ist im ganzen dieselbe auf allen Inseln. Helgoland hat vermöge seiner Ausdehnung und seiner isolirten, vom Festlande am weitesten entfernten, Lage ein ausgesprochenes Inselklima. Es wird bevorzugt von Patienten mit Asthma und dem sogenannten Heuschnupfen, bietet aber nur einer beschränkten Anzahl von Kurgästen Raum. Die von Manchem als grosse Annehmlichkeit empfundene Reise mittels Boot zum Baden auf der der Insel vorgelagerten Düne ist für Andere eine unangenehme Beigabe. Helgoland ist das Ideal einer Insel-Sommerfrische. Sylt verfügt über den stärksten Wellenschlag, ist daher für manche Schwächezustände in der That zu kräftig, auch fehlen dort die Hauptbedingungen für einen Kurort: Canalisation und Wasserleitung Die anderen Inseln, Juist, Borkum, Wyk setzen bei ihren Besuchern eine gewisse Anspruchlosigkeit in jeder Beziehnug voraus, werden aber, vielleicht gerade deshalb, viel besucht, weil Ruhe und einfaches Leben dort zu finden ist.

Das Wesentliche während eines Aufenthaltes an der Nordsee ist die richtige Anwendung der Kurmittel, genaue Angabe über Dauer und Häufigkeit der Bäder, ob kalt oder warm, Verhalten vor und nach dem Bade, Dauer des Aufenthaltes im Freien je nach der Windrichtung und Windstärke, Bewegung am Strande oder Ruhe im Strandkorbe, Regelung der Nahrungsaufnahme und des Gebrauches von Alkohol. Unterstützend wirken im einzelnen Fallen Brunnenkuren, die, wenn auch nicht an eigenen Brunnen genossen, mit demselben Erfolge arbeiten, wie in Meran und an der Riviera, sowie Inhalationskuren. Von weiterer Bedeutung ist die Länge des Aufenthaltes auf der Insel, sowie Angabe eventueller Vor- und Nachkur.

Während in dem einen Falle ein ausgedehnter Aufenthalt am Strande von kräftiger Wirkung ist, wie beispielsweise beim Rachen- und Kehlkopfcatarrh in Folge Ueberanstrengung beim Sprechen, ist es bei einem solchen Catarrh auf anämischer oder chlorotischer Basis angezeigt, die Patienten zeitweise der directen Einwirkung der Strandluft zu entziehen, Ruhelage im Zimmer zu geniessen. Oft erscheint es nöthig ein Seebad auszusetzen, um die Wirkung des genossenen Bades erst zu verwinden. Während der Eine sich wohl 7—8 Minuten dem Wellenprall aussetzen darf, kommen für den Anderen nur 1—3 Minuten in Betracht, für den Dritten gar nur warme Seebäder von bestimmter Dauer, Temperatur und Combination mit Uebergiessungen. Patienten mit schwachen Lungen sollten die starke, kräftige Luft nebenbei im Inhalatorium unter geregeltem Druck, eventuell unter Zusatz von Medicamenten, am pneumatischen Apparate einathmen; Emphysematiker thun gut, Respirationsübungen mit starkem negativem Druck beim Exspirium und schwachem positivem Druck beim Inspirium am pneumatischem Apparat zu unternehmen. Nach dem Gebrauche warmer Seebäder ist es für Erwachsene und Kinder von Vortheil Bettruhe einzuhalten. Ganz zu verwerfen ist die Alkoholzufuhr nach dem kalten Seebade, um das Frösteln, welches stets ein Zeichen zu langen Aufenthaltes im Wasser ist, zu überwinden. Manche Kurgäste leiden beim Wohnen dicht am Meere, wo sie Seeluft und das Getöse der Brandung aus erster Hand geniessen, an Schlaflosigkeit und Kopfweh, während sie bei der Uebersiedelung in das Innere des Ortes bald Ruhe finden.

Ein Kuraufenthalt sollte nicht kürzer als 4 Wochen dauern; bei höheren Schwächezuständen womöglich länger und mit jährlicher Wiederholung während 2 oder 3 Jahren. Entgegen früheren Angaben geht ein Aufenthalt an der See einer Kur auf dem Festlande besser voran als umgekehrt, da die Acclimatisationsfähigkeit grösser ist beim Uebergang vom Binnenlande zur See. Dieses beobachtet man bei Patienten, deren Thätigkeit nach der Kur an der See das Einsetzen der ganzen Kraft an Energie und Arbeit erfordert In den ersten Tagen klagen sie oft über Mattigkeit und Unlust, während die Arbeit besser von der Hand geht, wenn sie auf dem Festlande noch einige Tage der Ruhe geniessen können.

Als ich vor mehreren Jahren auf Veranlassung meines langjährigen Lehrers und Chefs, Herrn Geh. Med.-Rath Prof. B. Fränkel in Berlin, mich als Special-Arzt für Nasen-, Hals- und Lungenleiden in Norderney niederliess, wurde ich bestimmt durch die Erwägung, dass der mildere Wellenschlag und die nicht allzu schroffen Unterschiede in den Luftverhältnissen den Aufenthalt auch Kranken ermöglichen, die in ihrer Anpassungsfähigkeit unter der normalen Grenze standen. Aber nicht dieses allein war massgebend; es waren die vortrefflichen sanitären Einrichtungen, über die dieses älteste und grösste deutsche Nordseebad verfügt, welche Norderney zum Kurorte stempeln, und welche, wie die Folge gezeigt hat, dem Bade manchen Freund gewonnen haben, der sein Heil bisher nur in Ems oder Kissingen zu finden glaubte.

Die erste Bedingung für einen Curort, hygienische Verhältnisse zu schaffen welche den Kurgast vor Erkrankungen schützen — eine Bedingung, die noch häufig, zumal auf den Nordseeinseln, vernachlässigt wird — ist für Norderney durch die Wasserleitung und die Schwemmcanalisation mit Berieselung entfernter Dünenpartien in einer Weise erfüllt, dass es in dieser Vollkommenheit von wenigen Kurorten erreicht, von keinem übertroffen wird. Das Leitungswasser, aus Brunnen von 45—60 Meter Tiefe stammend, ist nach jährlich neu angestellten Untersuchungen völlig einwandsfrei und bestens zu empfehlen, trotz der leicht gelblichen Färbung, welche Torfeinlagerungen in grösserer Tiefe ihre Entstehung verdankt. Ein Krankenhaus mit Desinfectionshaus, eine obligatorische Fleischschau und regelmässige Milchcontrolle, eine den neueren Anforderungen entsprechende Warmbadeanstalt und ein vortrefflich eingerichtetes und vom Leiter des Nizzaer Inhalatoriums betriebenes Inhalatorium für Pulverisation und Pneu-

matotherapie nach dem System Goebel in Ems ermöglichen es den in Betracht kommenden Krankheitsformen wirksam entgegenzutreten. Daneben lassen anerkannt gute Musikaufführungen, Theater, sowie Darbietungen von sportlichen Vergnügungen aller Art den Kranken vergessen, dass er sich krankheitshalber auf einer Insel befindet.

Ein nicht zu unterschätzender Vortheil der Insel Norderney gegenüber den anderen Inseln liegt in dem mühevoll aus kleinen Anpflanzungen entstandenen Wäldchen, welches in seinen dichtgewachsenen, schattigen Parkanlagen Gross und Klein Schutz bei Regen und Wind, aber auch gegen Sonnenstrahlen bietet und besonders für Kinder zum zeitweisen Aufenthalt bei Nord- und Nordostwinden zu empfehlen ist und mit seinen ausgesuchten Tummelplätzen gern besucht wird.

Es bleibt noch übrig diejenigen Krankheitsformen zu erwähnen, bei denen ein Kuraufenthalt an der Nordsee unbedingt contraindicirt ist.

Dahin gehören die schweren Anämien, ausgesprochene und vorgeschrittene Herzfehler, obgleich einzelne Patienten allein im Genuss der Seeluft allein und bei sonst sehr ruhigem Verhalten sich doch ganz gut befinden, ferner Exaltationszustände, Psychosen, schwere Magen- und Darmstörungen, ausgenommen die nervösen, Unterleibsleiden mit Neigung zu Blutungen und von den Tuberculoseformen diejenigen mit Fieber und Neigung zur Haemoptoe einhergehenden, für welche ein Aufenthalt im mittleren Hochgebirge und in Heilstätten resp. Lungenheimstätten angezeigt ist.

Ueber den Diabetes kann ich sagen, dass bei vorsichtiger Anwendung die kalten Seebäder gut vertragen werden. dass indessen die meisten Diabetiker durch unkurgemässes Leben ihren Zuckergehalt schnell wieder hoch bringen und deshalb im Princip besser fernbleiben.

Der Zweck dieser Zeilen ist erfüllt, wenn sie Veranlassung geben, dass den Besuchern der Nordseebäder genauere Vorschriften mitgegeben werden über zweckmässige und verständige Ausnutzung der gebotenen Heilmittel oder dass sie angewiesen werden, den ärztlichen Rath am Platze vor Beginn einer Kur einzuholen.

Nachträglich möchte ich noch bemerken, dass im Anschluss an die 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg unter Führung des Herrn Geh.-Rath Prof v. Leyden in Berlin ein Besuch der Nordseebäder stattfinden wird, während dessen die diese Versammlung besuchenden Collegen Gelegenheit haben werden, sich von dem hier Gesagten persönlich zu überzeugen.

Ein Fall von acutem Rotz (Lungenrotz).

Von

Nikolai Kumberg,

Heidelberg, Kreis Melitopol, Taurien.

(Aus der Landpraxis.)

In den grossrussischen Gouvernements mit ausschliesslich russischer Bevölkerung und wenig extensivem Feldbau ist der Verbreitung des Rotzes unter den Pferden und der Uebertragung desselben auf den Menschen schon durch den geringen Pferdebestand der einzelnen Wirthschaften eine gewisse Schranke gesetzt. Nicht so im Süden; speciell in hiesiger Gegend und namentlich in den deutschen Kolonien ist der Pferdereichthum ein relativ bedeutender, da ein jeder Wirth zur Bestellung seiner 60 Dessjatin Landes mindestens 6—10 Pferde bedarf. Diese sind in einem Stalle untergebracht und kommen ausserdem während der ungefähr 7 warmen Monate auf der Weide und in den Gemeindehürden in Massen zusammen. Schwere Zugänglichkeit resp. vollkommene Abwesenheit veterinärärztlicher Hilfe begünstigt bei der grossen Zahl der Pferde und deren häufiger inniger Contactgelegenheit die Verbreitung des Rotzes unter denselben. Auch kann die Anzeigeprämie von 25 Rbl. pro Rotzpferd nur wenige verlocken, ein Pferd im Werthe von 75—120 und mehr Rubel einem sicheren Tode auszuliefern.

So behandeln denn die Bauern ihre Pferde gewöhnlich selbst und da die Isolirung der erkrankten Thiere selten durchgeführt wird, erklärt sich einerseits die Verbreitung des Rotzes unter den Pferden und andererseits die leichte Uebertragungsmöglichkeit der Krankheit auf den Menschen. Die Gefahr der Ansteckung wird noch dadurch erhöht, dass die Knechte hier fast ausnahmslos das ganze Jahr hindurch im Stalle schlafen, d. h. sehr oft neben den Pferden, jedenfalls immer in einem Raume mit ihnen. So ist es nicht zu verwundern, wenn College Pedkoff für den Berdjansker Kreis (Gouv. Taurien) allein für das Jahr 1891 — 16 tödtliche Fälle von acutem Rotz aufzählt und die medicinische Presse jahraus jahrein Rotzfälle aus den Süd- und Südwestgouvernements zu registriren hat. Im Jahre 1899 z. B. hat E. Тименъ (Еженедѣльникъ Прак. Мед. 1899, №51, 52) aus Nikolajeff (Gouv. Chersson) 3 Fälle von acutem Rotz beschrieben; A. Малиновскiй (Ibidem, № 49) gleichfalls 3 Fälle aus dem Perekop'schen Kreise (Gouv. Taurien); im Jahre 1900 sind mehrere Fälle von Poper und Anderen im Военно-Медиц. Журналъ beschrieben worden u. s. w. — Dieses möge zur Orientirung über Verbreitungs- und Uebertragungsgefahr des Rotzes im Taurischen Gouvernement dienen. Es sei mir gestattet meinen hierher gehörigen Fall kurz zu schildern.

Am 4. April 1900 erschien bei mir ein 38jähriger hiesiger Kolonist, über allgemeines Unwohlsein und Stechen in der r. Seite klagend. Pat. ist den 4. Tag krank und schreibt sein Leiden einer Erkältung während der schweren Feldarbeit zu. Objectiv liess sich beim Pat. nur ein Herpes labialis nachweisen, daher die Differentialdiagnose zwischen Influenza und centraler cronpöser Pneumonie vorläufig in suspenso bleiben musste. Am nächsten Tage musste Pat. sich schon hinlegen; die Schmerzen in der rechten Seite, namentlich mehr unten, wurden immer stärker. Beim Husten expectorirt Pat. ein weisses, schaumiges Sputum. Rechts ist das Athmungsgeräusch abgeschwächt. Allmählich bildete sich rechts hinten eine Dämpfung heraus, doch war das Resultat der Auscultation ein unsicheres und wenig ergiebiges, da das Athmen wegen starker Schmerzhaftigkeit der rechten Brusthälfte, starker Athemnoth und Unterleibsstiche bei gleichzeitiger Verstopfung nur oberflächlich und schwach vor sich ging. Die Temperatur schwankte zwischen 38,5 und 39,6, indessen war der Schlaf des Pat. die ganze Zeit über schlecht: Pat. phantasirte mehr oder weniger, sprach leise vor sich hin und gestikulirte mit den Armen. Die Seitenstiche wurden zeitweilig durch die Leibschmerzen verdeckt und durch Narcotica (Morphium) gemildert. Während einer meiner Visitationen machte mich die Frau des Pat. auf ein Geschwür, welches ungefähr am 4. Tage der Erkrankung am linken Beine aufgetreten sein soll, aufmerksam. In der That präsentirte sich in der Wadengegend des genannten Unterschenkels eine Infiltration, welche mir zuerst als furunculöse imponirte, umsomehr, als auch der weitere Verlauf derselben (centrale Erweichung und Eiterung) diese Annahme zu bestätigen schien.

Am 9. und 10. Tage besserte sich das Allgemeinbefinden des Pat. einigermassen: die Temperatur sank bis zur Norm und ich war schon geneigt, diesen Abfall der Temperatur als längst erwartete Krisis der supponirten Pneumonie zu deuten, indessen belehrte mich der weitere Verlauf der Krankheit eines anderen. Die Delirien dauerten immer fort. Auch am anderen Unterschenkel bildete sich eine furunkelartige Infiltration und am 9. oder 10. Tage der Erkrankung begann an der Haut der Arme, Beine und des Rumpfes eine Eruption von Flecken und Bläschen von verschiedener Grösse, welche theils an kleine Furunkel im Initialstadium, theils an Pemphigusblasen erinnerten. Die Bläschen, welche auf gerötheter Basis sassen und trüben Inhalt zeigten, nahmen an Zahl immer mehr zu, so dass bald fast die ganze Hautoberfläche des Rumpfes, mit alleiniger Ausnahme der Rückenhaut, welche fast ganz verschont blieb, — sowie der Extremitäten hie und da Flecke und Bläschen aufzuweisen hatte.

Während der letzten 2 Tage der Krankheit schwollen die Augenlider und das Gesicht an; es stellte sich schleimiger Ausfluss aus der Nase ein; auf der Schleimhaut des harten Gaumens trat ein Bläschen und an der Oberlippe etwa haselnussgrosse Knoten auf, wodurch Pat. bis zur Unkenntlichkeit entstellt wurde. Die Temperatur stieg wieder (bis 39,5), Pat. stöhnte und delirirte jetzt unaufhörlich, Tag und Nacht. Wenn Pat. angerufen wurde, antwortete er noch, erkannte auch seine Umgebung. Es stellte sich noch eine diffuse Infiltration des Zellgewebes der rechten Brusthälfte ein, entsprechend denjenigen Stellen, an welchen Jodpinselungen und Compresses échauffantes applicirt worden waren. Unter profusen stinkenden Durchfällen in den letzten 2 Tagen, erschwertem Schlucken in Folge Schmerzen und Regurgitation der Speise und erschwerter Expectoration nahmen die Kräfte des Pat. immer mehr ab und am 14. Tage der Erkrankung erfolgte der Exitus letalis.

Wir haben also eine Lungenaffection vor uns, deren wahrer Charakter erst durch die Eruption von Rotzbläschen resp. Knoten auf der Haut und Schleimhaut gekennzeichnet wurde.

Ungefähr um die Zeit der schon begonnenen Eruption herum erfuhr ich von anderer Seite, dass ein Pferd des Patienten an Nasenausfluss leide und vom Patienten selbst behandelt worden sei.

Es wäre noch nachzutragen, dass die Hauteruption den Verwandten des Patienten als «Pocken» imponirte.

Eine bacteriologische Untersuchung war nicht ausführbar, doch das klinische Krankheitsbild war genügend ausgesprochen, um die Diagnose auf Rotz stellen zu dürfen.

Was den Infectionsmodus anbetrifft, so glaube ich eher eine Infection durch die Lunge als durch die Haut des Unterschenkels annehmen zu dürfen, denn abgesehen davon, dass die Einathmung von inficirtem Staube oder direct von Infectionsmaterial durch die Lunge leichter und wahrscheinlicher als die Wundaffection an einer so schwer zugänglichen und wenig exponirten Stelle wie die Wadenhaut erfolgen konnte, spricht auch das Prävaliren der Erscheinungen von Seiten der Lunge im Beginne und Verlaufe des Krankheitsbildes mehr für eine derartige Annahme.

Wie aus der angeführten Krankengeschichte ersichtlich, war auch in unserem Falle die Diagnose anfangs recht schwierig, wie denn überhaupt Verwechselung der Rotzlungenentzündung mit croupöser Lungenentzündung ohne bacteriologische Untersuchung im Anfange fast unvermeidlich ist. Die Anfangsstadien der Erkrankung sowie die chronischen Fälle werden oft für Muskel- oder Gelenkrheumatismus, Typhus, Pyämie, Septikämie, Malaria, Syphilis etc. gehalten.

Der Verlauf war in unserem Falle ein sehr acuter — in 2 Wochen. Bei der Machtlosigkeit der Therapie in den acuten Fällen muss vorläufig mehr Augenmerk auf die Verhütung dieser schrecklichen Krankheit gerichtet werden. Die wichtigste prophylaktische Massregel, frühzeitige Isolirung der erkrankten und verdächtigen Pferde, wird auch bei genügenderer veterinärärztlicher Aufsicht, als sie zur Zeit ist, nur dann möglich sein, wenn die Besitzer der kranken Pferde durch Auszahlen des wirklichen Werthes der getödteten Thiere kein Interesse mehr an der Verheimlichung der Erkrankung haben werden.

Vom humanitären Standpunkte aus wäre es auch erwünscht, dass die rotzigen Pferde auf andere Weise als auf die hier in Anwendung kommende Art — oft höchst ungeschicktes, nicht gleich tödtliches Erschiessen mit Flinten — getödtet würden.

Dr. Paul Schummer †.

Am 8. Mai wurde hier auf dem Smolenski-Kirchhof Dr. Paul Schummer zur letzten Ruhestätte geleitet. Geboren zu Riga im Jahre 1832 erhielt Schummer seine erste Erziehung in einer Privatschule bei Wolmar, später im Gouvernementsgymnasium zu Riga. 1854 bezog er die Universität zu Moskau, wo er sich dem Studium der Medicin widmete und unter Overt, Inostranzeff u. A. arbeitete. Nach Vollendung seines Studium's versah er kurze Zeit die Stelle eines Hausarztes bei General Nikiforoff im Tambowschen Gouvernement, ging 1859 nach Berlin, wo er seine Studien unter Virchow, Traube, Frerichs und Munke fortsetzte und dann nach Prag. Hier war es die Kinderklinik von Steinert, die sein Hauptinteresse in Anspruch nahm; die Thätigkeit an derselben liess in ihm den Entschluss reifen, sich speciell zum Kinderarzt auszubilden. 1861 aus dem Ausland zurückgekehrt, wollte Schummer sich in seiner Heimathstadt niederlassen, folgte aber 1862 einer Aufforderung des General Nikiforoff, ihn auf einer ausländischen Reise zu begleiten und liess sich dann definitiv 1863 in Petersburg nieder, wo er sehr bald in das Nicolai-Kinderhospital eintrat. Hier waren es die acuten Infectionskrankheiten, mit denen er sich vorwiegend beschäftigte. 15 Jahre stand er als Leiter der infectiösen Abtheilung des Hospital's vor, nur die letzten Jahre seiner Thätigkeit am Hospital arbeitete er an der Ambulanz. Von 1867 bis Ende der 80-er Jahre vertrat er zugleich die Stelle des Directors am Образцовый приютъ der Grossfürstin Alexandra Petrowna.

Nachdem er 1880 eine langwierige Phlebitis durchgemacht hatte, stellten sich 1881 die ersten schweren stenocardischen Anfälle ein. Dieses schwere Leiden, seine ausgedehnte Privatpraxis, der Dienst, so wie intercurrente acute Krankheiten erschöpften seine Kräfte und zwangen ihn, seine Praxis sehr einzuschränken und schliesslich 1894 seine practische Thätigkeit ganz aufzugeben. Er siedelte nach Dorpat über und verbrachte hier die letzten 7 Jahre unter relativ leidlichem Wohlbefinden. Aus dieser Zeit entstammt eine kleine Broschüre «über die Pflege und Erziehung des Neugeborenen bis zur Beendigung der I. Zahnperiode». Am 27. April trat eine leichte Apoplexie ein und am 3. Mai setzte eine Pneumonie seinem Leben ein Ende.

Wer, wie Schreiber dieser Zeilen, das Glück gehabt hat, während einer längeren Reihe von Jahren mit dem Verstorbenen durch gemeinsame Dienstinteressen, durch Bande der Freundschaft verbunden gewesen zu sein, der musste mit voller Hochachtung zu ihm aufschauen, ihm seine ganze Liebe entgegenbringen. Sein gediegenes Wissen, seine reiche practische Erfahrung, bei der ihm sein vortreffliches Gedächtniss und seine scharfe Beobachtungsgabe sehr zu Statten kamen, bildeten eine nie versiegende Quelle, aus der die jüngeren Collegen stete Anregung und Bereicherung ihrer Kenntnisse schöpfen konnten. Diesen mit Rath und That beizustehen war er, der erfahrene Kinderarzt, stets und gern bereit, und das geschah in einer herzgewinnenden, liebenswürdigen Art und Weise, die die Scheu vor dem älteren, auf den ersten Blick oft schroff erscheinenden Mann zurücktreten liess und ihm schnell die Liebe und das Vertrauen seiner Collegen erwarb. Wer ihm näher stand, der lernte bald sein warmes, tiefes Gemüth, sein durch und durch rechtliches, mannhaftes Wesen schätzen. Mit voller Hingabe und seltener Pflichttreue lebte er seinem Beruf, wovon sich die Eltern seiner vielen kleinen Patienten haben überzeugen können. Sie hingen mit Liebe und Verehrung an ihrem lieben Hausarzt und sahen ihn nur schweren Herzens aus Petersburg scheiden. — Seine Verdienste um das Nicolai-Kinderhospital, speciell um die Emeritur Kasse, seine Gewissenhaftigkeit, mit der er seinen Pflichten im Dienst nachkam, kann nur beurtheilen, wer Gelegenheit gehabt hat, mit ihm zusammen zu dienen. Alle, die ihm als Freund, College oder Patient nahe gestanden haben, werden ihm ein treues Andenken bewahren. Friede seiner Asche! E. H.

Vermischtes.

— Der Director des Medicinaldepartements, Geheimrath Dr. Ragosin, ist auf 2 Monate ins Ausland beurlaubt worden.

— Der ausseretatmässige ältere Medicinalbeamte beim Medicinaldepartement, Staatsrath Dr. Orglert, ist zum Gehilfen des Nishni-Nowgorodschen Gouvernements-Medicinalinspectors ernannt worden.

— Der bisherige Director und Oberarzt der hiesigen Irrenanstalt St. Nikolaus des Wunderthäters Dr. O. Tchetschot hat in der vorigen Woche seinen Posten aufgegeben und ist in den Kaukasus abgereist. Am Tage vor seiner Abreise wurde ihm zu Ehren vom Aerztecollegium der An-

stalt ein Diner veranstaltet. Wie verlautet, tritt an seine Stelle der Oberarzt der städtischen Irrencolonie in Nowosnamenskoje Dr. N. Reformatski, welcher wieder durch den Oberarzt der städtischen Irrenanstalt des heil. Panteleimon Dr. Smelow ersetzt werden wird.

— Zum Präsidenten der statistischen Section der russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit ist der Privatdocent Dr. A. Lipski wiedergewählt und zum Vicepräsidenten derselben ist Dr. Pokrowski gewählt worden.

— Der Director der St. Peterburger Taubstummenschule und Consultant des St. Olga-Hospitals, wirkl. Staatsrath Dr. Jenko, ist der Eigenen Kanzlei Sr. Kaiserlichen Majestät für die Institutionen der Kaiserin Maria zugezählt worden.

— Zum ausserordentlichen Professor der physiologischen Chemie an der Odessaer Universität ist der Prosector und Privatdocent der genannten Universität, Dr. Medwjedew, ernannt worden.

— Dem Privatdocenten und Assistenten beim Lehrstuhl der Hygiene an der Militär-Medicinischen Akademie, Dr. Victor Lewaschow ist die Leitung der städtischen Desinfectionskammer bei dem hiesigen Barackenhospital übertragen worden.

— Der Professor ord. der Pharmacie und Pharmakognosie an der Universität Tomsk, Staatsrath Mag. pharm. Ed. Lehmann, ist auf sein Gesuch verabschiedet worden. — L. ist ein Schüler der Dorpater Universität, an welcher er 1873 die goldene Preismedaille und im Jahre darauf den Magistergrad erhielt. Nachdem er sodann von 1875—88 als Docent am Veterinärinstitut zu Kasan fungirt hatte, wurde er im letztgenannten Jahre zum Professor der Pharmacie an der neu gegründeten Universität Tomsk ernannt.

— Vor Kurzem beging der verdiente Anatom und Zoologe Prof. emer. Franz Leydig seinen 80. Geburtstag. Er war anfangs (von 1855 an) Professor in Würzburg, dann in Tübingen und seit 1875 in Bonn. Sein Specialgebiet war die vergleichende Histologie, über welche er mehrere Lehrbücher und Monographien veröffentlicht hat.

— Ordensverleihungen: Der St. Stanislaus-Orden 1. Classe — dem Prof. emer. der Chirurgie an der Kasanschen Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Nikolai Wyssozki. Der St. Wladimir-Orden 3. Classe — dem Arzt der Rigaer Gemeinschaft barmherziger Schwestern, Collegienrath Dr. Valentin v. Holst und dem Consultanten der hiesigen Maximilian-Heilanstalt Dr. Michael Manassein.

— Verstorben: 1) Am 11. Mai in Moskau der dortige Polizeiarzt Staatsrath Dr. Demetrius Wosdwishenski im 53. Lebensjahre am Herzschlage. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung an der Moskauer Universität erhalten, an welcher er 1875 den Cursus mit dem Arztgrade absolvirte, worauf er als Arzt bei der Moskauer Polizei angestellt wurde. Er fungirte zugleich als Arzt an einer geistlichen Schule und an einem Armenhause und war Ehrenmitglied des Damen-Armencuratoriums des Pressnenski-Stadttheils. In Folge seiner steten Bereitschaft, wo es galt, den Armen ärztliche oder auch materielle Hilfe zu leisten, erfreute er sich allgemeiner Sympathie bei der Bevölkerung des genannten Stadttheils. — 2) Im Flecken Nowy-Bug der temporäre Sanitätsarzt zur Bekämpfung der Epidemien im Chersonschen Kreise Leo Bilinkis am Abdominaltyphus. Er hatte erst im vorigen Jahre den Cursus an der Charkower Universität absolvirt. — 3) In Shirardow der dortige Fabriksarzt Wilhelm Hay im Alter von 47 Jahren. Der Verstorbene stammte aus Warschau und hatte seine medicinischen Studien in Dorpat von 1872—76 gemacht. Die ärztliche Praxis hat er 20 Jahre ausgeübt. — 4) In Ssmolensk der Landschaftsarzt des Duchowschtschinaschen Kreises N. Bajewski im 36. Lebensjahre. Er hat seine Frau mit vier kleinen Kindern ganz mittellos zurückgelassen.

— Der langjährige verdiente Oberarzt der inneren Abtheilung des Dresdener Stadtkrankenhauses, Prof. Dr. Fiedler ist von dieser Stellung zurückgetreten.

— Dem Mitgliede des Instituts für experimentelle Therapie in Frankfurt a. Main Dr. Max Neisser ist der Professortitel verliehen worden. N., welcher gegenwärtig 31 Jahre zählt, war vor seiner Berufung an das obengenannte Frankfurter Institut Assistent Prof. Flügge's und Privatdocent für Hygiene an der Universität Breslau. Neisser's letzte Arbeiten bewegen sich ganz auf dem Gebiet der Erforschung der Immunitätslehre nach chemischen Gesichtspunkten.

(Allg. med. C.-Ztg.)

— Das Blindencuratorium zählte im Jahre 1900 26 Abtheilungen und 3 Comités im Reiche und unterhielt 23 Blindenschulen, 7 Asyle, mehrere Blindenconvicte, Werkstätten, 143 ständige Lazareths. Von den fliegenden Oculisten-Abtheilungen wurden 58,163 Augenkranke ambulatorisch behandelt. Die Einnahmen betrugen 676,030 Rbl. und die Ausgaben 524,571 Rbl.

— Am 14. Mai sind von dem Kriegsschauplatz im fernen Osten 30 Aerzte und 37 barmherzige Schwestern des Rothen Kreuzes unter der Führung des Ordinators des Obuchow-Hospitals Dr. Rostowzew hierher zurückgekehrt. Mit dieser Abtheilung sind auch barmherzige Schwestern der Odessaer, Warschauer, Kiewer, Moskauer, Rigaer und anderer Gemeinschaften aus China in ihrer Heimath eingetroffen.

— Die Examina in der Militär-Medicinischen Akademie zur Erlangung des Arztgrades sind am 17. Mai unterbrochen worden und werden erst am 4. September wieder fortgesetzt werden. Die Zahl der Examinanden beträgt, wie verlautet, 112,

— Am 13. Mai fand in Moskau die Einweihung und Eröffnung des von der Stadt zum Andenken an die heilige Krönung Ihrer Kaiserlichen Majestäten in Ssokolniki errichteten Asyls statt. Das Asyl, welches aus 2 Gebäuden besteht, ist für 50 unheilbar kranke Männer, 50 unheilbar kranke Frauen, 76 Kinder beiderlei Geschlechts und für je 12 blinde Männer und Frauen berechnet und hat 290,000 Rbl. gekostet.

— Im Klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna findet wegen Remonte vom 15 Mai bis zum 20. September keine Krankenaufnahme statt.

— Pestnachrichten. In Südafrika breitet sich die Pestepidemie immer weiter aus. In Capstadt betrug bis zum 13 (26.) Mai die Zahl der an der Pest erkrankten Personen 608, von denen 308 gestorben sind. Aus Port Elisabeth wurden ebenfalls Neuerkrankungen gemeldet. — Dass auch England in Folge des durch den Krieg verstärkten Verkehrs mit dem Caplande Gefahr durch Einschleppung der Pest droht, erhellt aus der amtlichen Mittheilung, dass in London am 6. (19.) Mai 2 aus dar Garnison in Mafeking stammende Soldaten, die aus Capstadt angekommen waren, an der Pest erkrankt sind,

Bf.

— Vacanz. Ein deutscher Arzt, lutherischer Confession, wird gesucht für einige Colonien des Südens. Näheres zu erfahren per Adresse: Ст. Гавриловка К. Х. А. Ж. Д. колонія Рыжово, Готлибу Даниловичу Минху.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 28. April d. J. 8461 (78 mehr als in d. Vorw.), darunter 352 Typhus — (18 mehr), 836 Syphilis — (7 wen.), 355 Scharlach — (1 mehr), 141 Diphtherie — (16 mehr), 99 Masern — (4 mehr) und 34 Pockenkranke — (5 wen. als in der Vorw.).

Am 5. Mai d. J. betrug die Zahl der Kranken 8327 (134 wen. als in der Vorwoche.), darunter 381 Typhus — (39 mehr), 812 Syphilis — (24 wen.), 353 Scharlach — (2 wen.), 142 Diphtherie — (1 mehr), 87 Masern — (12 wen.) und 35 Pockenkranke (1 mehr als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 22. bis zum 28. April 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
366	315	681	149	77	111	15	8	14	63	47	43	60	49	31	13	1

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 17, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 3, Masern 22, Scharlach 20, Diphtherie 23, Croup 0, Keuchhusten 1, Croupöse Lungenentzündung 26, Erysipelas 5, Grippe 3, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberculose der Lungen 108, Tuberculose anderer Organe 17, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 46, Marasmus senilis 18, Krankheiten der Verdauungsorgane 77, Todtgeborene 38.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau **L. A. Bogoslawskaja,** Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.

Frau **Amalie Schulz,** фонтанка № 137 кв. 119.

Берта Федоровна Панова, Спасская ул. д. 24, кв. 7.

Olga Bode, Вас. остр., 14 лин., д. 33' кв. 2.

Frau **Hasenfuss** Мал. Подъяческ. д. 14 кв. 15.

Frau **Gülzen,** W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 10.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger** und **Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Dionin

Ersatz für Codein und Morphin, besonders bei Erkrankungen der Respirationsorgane.

Largin

höchstprocentige Silbereiweiss-Verbindung, ausgezeichnet für die Gonorrhoe-, Wund- und Augentherapie.

Jodipin

bewährter Ersatz für Jodkalium. Specificum bei tertiärer Lues; bewährt bei Asthma, Emphysem u. Skrofulose.

Stypticin

bewährtes Hämostaticum vorzügl. Mittel in der gynaekolog. und zahnärztlichen Praxis.

Tannoform

ausgezeichnetes Adstringens- und Antidiarrhoicum.

Bromipin

neues Sedativum, insbesondere gegen nervöse Zustände und Epilepsie zu empfehlen.

Diphtherieheilserum

staatlich geprüft, 500-fach und 1000-fach normal.

Die reichhaltige Literatur gratis und franko.



chemische Fabrik — Darmstadt.

Fabrik chemisch-pharmaceutischer Producte

G. Hell & Comp., Troppau und Wien.

Acetopyrin

Ein neues Antipyreticum und Antineuralgicum gegen Migraine, Neuralgien und Erkältungen, Specificum gegen Influenza, Gelenkrheumatismus und Gicht.

Dosirung; Täglich 6 Pulver à 0,5 bis 1 G am besten in Oblaten.

Siehe wissenschaftliche Abhandlungen:

1. **Dr. Winterberg, Wien** (Wiener klinische Wochenschrift Nr. 39 v. J. 1900).
2. **Dr. Frieser, Wien** (Medicin. chirurg. Centralblatt Nr. 15 v. J. 1901).
3. **Dr. Bolognesi, Paris** (Bulletin Général Therapeutique v, 30. März 1901).
4. **Dr. Laumonier, Paris** (Presse Médicale v. April 1901).
5. **Dr. Goldmann, Wien** (Allgem. Wiener Medicin. Zeitung Nr. 14 u. 15 v. J. 1901).

Honthin.

Ein neues vorzügliches Darmadstringens gegen alle Formen von Diarrhoen.

Dosirung: Säuglinge 0,3 G., Kinder 0,5 G., Erwachsene 1 G. täglich 4 bis 5 Mal.

Siehe wissenschaftliche Abhandlungen:

1. **Dr. Friedr. Rölbl, Wien** (Wiener Klin. Rundschau Nr. 25 v. J. 1900).
2. **Dr. J. W. Frieser, Wien** (Wiener Medicin. Blätter Nr. 29 v. J. 1900).
3. **Dr. Joseph Reichelt, Wien** (Wiener Klin. Wochenschr. Nr. 36 v. J. 1900).
4. **Dr. Tison, Paris** (Bulletin Officiel de la Société Medical des Practiciens Nr. 2 v. J. 1901).
5. **Dr. Goldmann, Wien** (Reichs-Medicinal-Anzeiger, Leipzig Nr. 9 v. J. 1901).
6. **Dr. Dan. Kolpaszky u. Dr. Sztankay** (Magyar Orvosi Arch. Nr. 6 v. J. 1900).

NB.: Literatur und Proben zu Versuchzwecken stehen den Herren Aerzten auf Wunsch gern zur Verfügung.

Zu beziehen durch

Stoll & Schmidt, St. Petersburg.

(92) 12—1.

MARIENBAD

Weltcurort (Böhmen)

Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, die stärksten Glaubersalzwasser Europas (mit 5 gr. Glaubersalz im Liter.) Indicationen: Allgemeine Verfettung, Verfettung der Leber, des Herzens, Obstipation, Plethora.

Ambrosiusbrunn, stärkster, reiner Eisensäuerling Europas (mit 0.177 gr. Eisenbicarbonat im Liter). Indicationen: Anaemie, Chlorose.

Rudolfsquelle, hervorragend grosser Gehalt an Kohlensäure, Kalk und Magnesia. Indicationen: Chronische Catarrhe der Harnorgane, Nierensteine, Diabetes, Arthritis.

(58) 17—3.

Brunnen-Versendung Marienbad in Böhmen. Niederlagen in allen Apoth., Mineral-wasser- u. Drogenhandl.

Seebad Abbazia

Abhärtungs- und Kräftigungscuren bei schwachen und für Catarrhe disponirten Kindern den ganzen Winter hindurch Mastcuren und hydropathische Curen für Erwachsene im

Dr. Szegö's Kindersanatorium

Seebad Abbazia.

Dr. Hermann Norwitzky,

aus München, practicirt wieder

Bad Kissingen, Kurhaus-Strasse Nr. 10.

(93) 1—1.

Organisches Eisen-Mangan-Albuminat Hertel

(HAEMATOGEN).

Ein eisenreiches Blutpräparat, welches das Eisen in organischer Verbindung enthält, bestes Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene, erregt leicht den Appetit und befördert die Verdauung. Haematogen Hertel ist verkäuflich in der Apotheke in flüssiger und trockener Form, jedoch ist das flüssige Präparat, weil leichter vom Organismus aufgenommen, dem trockenen vorzuziehen.

Vor Nachahmung wird gewarnt.

(115) 3—3.

Довв. ценз.Спб., 19 Мая 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. KatharinenhoferPr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.— Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 21 St. Petersburg, (8. Juni) 26. Mai 1901

Dreizehnter Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte

Die Sitzungen des diesjährigen livländischen Aerztetages finden vom 19.—21. Juni in der St. Johannisgilde statt.

Diejenigen Herren Collegen, welche mit Wohnungen noch nicht versorgt sind, werden dringend gebeten, sich umgehend zu melden bei Dr. G. Engelmann — Thronfolger-Boulevard 21 oder Dr. W. Vierhuff — Alexander-Str. 19.

d. Z. Präses der Gesellschaft Livländ. Aerzte,
Dr. M. Treymann
(Riga, Thronfolger-Boulevard Nr. 3).

Ueber die Aetiologie der acuten Erkrankung des Processus vermiformis.

Von
Dr. med. Paul Klemm,
Riga.
(Aus der chirurgischen Abtheilung des James Armistead'schen Kinderkrankenhauses.)

Mehr und mehr bricht sich die Ueberzeugung Bahn, dass die acute Erkrankung des Processus vermif. auf infectiöser Basis beruht und dass die Theorien, welche dieselbe von Kothsteinen, Fremdkörpern oder einem, vom Dickdarm auf den Wurmfortsatz fortgeleiteten Catarrh abhängig machen wollen, vor der Kritik nicht Stand halten können.

Ich selbst beschäftige mich seit längerer Zeit im Verein mit meinem Assistenzarzt Herrn Dr. Pelzer mit Untersuchungen, welche die Aetiologie der Appendixerkrankung zum Gegenstand haben; indem ich mir die ausführliche Darlegung derselben an anderer Stelle vorbehalte, erlaube ich mir in Kürze über die Resultate derselben zu berichten.

Untersuchungen über den anatomischen Bau des Processus vermif. liegen in reicher Zahl vor. Ich selbst habe auch solche angestellt und kann in vollster Uebereinstimmung mit anderen Untersuchern die Thatsache bestätigen, dass das Characteristicum des uns hier beschäftigenden Organes in seinem grossen Reichthum an lymphoider Substanz zu sehen ist. Wir sind daher berechtigt, den Processus vermif. in jene Reihe lymphatischer Apparate zu stellen, die in dicht gedrängter Menge den gesammten Verdauungstractus vom Nasenrachenraum bis hinunter in den Dickdarm bekleiden.

Schon mehrfach ist der Wurmfortsatz mit der Tonsille verglichen worden; ich meine, er kann überhaupt als Follikelconglomerat, wie sich solche im Darmkanal in solitärer und Haufenform vorfinden, angesehen werden.

Ribbert und Zuckerkandl zeigten, dass während der verschiedenen Lebensalter der Reichthum des Appendix an lymphoider Substanz nicht constant ist; sie fanden, dass dieselbe jenseits der 40er Jahre spärlicher wird. Die Schleimhaut wirft die Drüsen ab, die Lymphfollikel schwinden zum Theil und unter Auftreten von Bindegewebe vermag eine partielle oder totale Obliteration des Wurmfortsatzes in die Erscheinung zu treten. Auf Grund dieser Beobachtung thut Ribbert dar, dass der wurmförmige Darmanhang ein in Rückbildung begriffenes Organ ist und im Laufe der Zeit völlig aus dem thierischen Organismus schwinden wird.

Die Thatsache, dass jenseits der 40er Jahre in einem relativ grossen Procentsatz der Fälle regressive Veränderungen in der Art, wie sie Ribbert zum ersten Male beschrieb, vorkommen, ist unanfechtbar. Ich selbst konnte mich bei anatomischen Untersuchungen davon überzeugen.

Die Deutung aber, die Ribbert dieser Thatsache unterlegt, scheint mir nicht richtig.

Im jugendlichen Alter ist die Menge der lymphoiden Substanz im Körper überhaupt viel grösser als in vorgerückteren Jahren. Der lymphatische Schlundring, die Tonsillen, die Follikel des Wurmfortsatzes, das Knochenmark etc. stellen Stätten dar, wo im kindlichen Alter eine äusserst lebhafte Production von Leucocyten stattfindet, die mit dem Aelterwerden des Organismus allmählich abnimmt. In den follikulären Apparaten treten regressive Vorgänge auf und der Character des kindlichen Knochenmarkes geht mit den Jahren verloren und erhält sich nur noch in bestimmten Gegenden des Knochens. In der Jugend aber sind Erkrankungen der lymphatischen Apparate sehr viel häufiger als im späteren Alter. Zu den Krankheiten, die für den kindlichen Organismus geradezu characteristisch sind, rechne ich vor Allem die eitrigen Affectionen des Knochenmarks — die Osteomyelitis — in ihren mannigfachen bacteriologischen Varianten, die Strepto- und Staphylomycosen der Lymphdrüsen und -Follikel, zu denen ich auch, wie schon gesagt, den Processus vermif.

rechne: Osteomyelitis, Lymphadenitis (Appendicitis, Tonsillitis etc.).

Woher rührt das nun aber, dass jene Eiterkrankheiten vorzugsweise den kindlichen Körper heimsuchen, während der alternde Organismus von denselben relativ verschont bleibt. Die Gelegenheit zur Infection mit den ubiquitären Eitermicroben ist doch sicher allen Lebensaltern gleich gemeinsam.

Ich glaube das Prävaliren der pyogenen Affectionen beim Kinde ist nicht darin zu suchen, dass dasselbe mehr lymphatische Substanz besitzt, die in lebhafterer Proliferation begriffen ist, es findet vielmehr in der Thatsache seine Erklärung, dass eben der kindliche Körper einen von Infection noch unberührten Boden darstellt, der erst allmählich im Kampfe mit den Bacterien und ihren Stoffwechselproducten giftfest wird. Unter den Mikroben sind aber die Staphylococcen und Streptococcen in erster Linie als diejenigen Keime zu bezeichnen, deren Invasion der Körper am häufigsten ausgesetzt ist. Daher kommt es, dass überall dort im Organismus, wo grössere Bacterienmengen beständig haften bleiben, sich auch lymphoide Substanz in grösserer Mächtigkeit anbildet. Solche Räume sind das Cavum pharyngo-nasale mit seinem lymphatischen Schlundring und der ganze Verdauungstractus mit seinen ausgedehnten lymphatischen Lagern.

Die vielfachen hyperplastischen Zustände der Lymphfollikel und -drüsen, die wir beim Kinde häufig genug beobachten, stellen zunächst noch keine Erkrankungen derselben dar, sie sind der Ausdruck dessen, dass die lymphoide Substanz in lebhafter Proliferation begriffen ist.

Ich habe bei den Halsabscessen der Kinder, besonders bei den submaxillaren, auf das Verhalten der Tonsillen geachtet und konnte constatiren, dass die Mandel auf der Seite des Abscesses sehr häufig geschwellt und zerklüftet war. Die Eitererreger passiren auf ihrem Wege zu den Halsdrüsen zuerst die Follikel des Rachens. In letzteren spielt sich nun ein Kampf zwischen den Mikroben und Leucocyten ab, der seinen sichtbaren Ausdruck in der Schwellung der follikulären Apparate findet. Die lymphoide Substanz stellt somit im Körper die Stätte dar, an welcher eine Vernichtung oder wenigstens Unschädlichmachung der eingedrungenen Keime stattfindet.

Von den Follikeln bewegt sich constant ein centrifugal gerichteter Leucocytenstrom, der auf den centripetal einwirkenden Bacterienstrom trifft. Welcher Art die Kräfte sind, die hier auf einander einwirken, ob es sich nur um phagocytöse Vorgänge handelt oder die bactericiden Eigenschaften lebender Zellen eine Rolle spielen, muss billig dahingestellt bleiben, dass aber eine Beeinflussung der Bacterien im Sinne ihrer Vernichtung stattfindet, ist sicher, da sonst eine Infection des Körpers in den mit Mikroben besiedelten Regionen desselben viel häufiger stattfinden müsste. Auch zur Zeit, da die Bacterien noch unbekannt waren, hatten die alten Beobachter schon ähnliche Gedanken. So sagt Pirogow in seinen kriegschirurgischen Erfahrungen im Beginne des Capitels, welches über Pyämie und verwandte Erkrankungen handelt: «der thierische Körper stellt eine reichhaltige Giftofficin dar».

Wir sehen z. B. bei Kindern mit Neigung zur Tuberkulose der Halslymphdrüsen, die gewöhnlich als scrophulöse bezeichnet werden, die lymphatische Substanz des Nasenrachenraumes in lebhafter Wucherung begriffen.

Diese Hyperplasie ist eine directe Folge der Bacterien, die sich auf den Follikeln zu vermehren bestreben. Sie ist als eine «Abwehrbewegung der lymphatischen Substanz» aufzufassen. Wir finden bei den meisten Infectionen, die den menschlichen Körper treffen, das lymphatische Gewebe der Drüsen, Follikel und des Knochenmarks in Wucherung begriffen. Ja selbst im Blute ist die häufig zu beobachtende Leucocytose als der Effect einer lebhafteren Production innerhalb der leucocytenbildenden Organe zu betrachten.

Mit vorrückendem Alter wird der Körper immuner gegen die Infection mit Eitererregern, wie wir aus der Abnahme der Eiterkrankheiten in späteren Jahren schliessen können; dementsprechend geht die lymphatische Substanz regressive Veränderungen ein und wird durch Bindegewebe substituirt. Dieser Vorgang kann ebensowohl an den Follikeln des Wurmfortsatzes als auch denen des lymphatischen Schlundringes wahrgenommen werden.

Ich bin der Meinung, dass die im Processus vermif. jenseits der 40er Jahre beobachteten regressiven Vorgänge nicht auf einen Niedergang dieses Organes schliessen lassen, sondern dass sie im Lebensprocess des Individuums begründet sind.

Man darf sich das Vorhandensein resp. die Bildung lymphatischer Depots nicht etwa so vorstellen, als ob diese von vornherein den Zweck hätten, Bacterien zu vernichten. Eine solche teleologische Betrachtungsweise wäre falsch. Der Organismus zeigt in jedem Theilchen seines Bestandes das Bestreben das Eigenleben desselben zu erhalten. Wirkt irgendwo eine Schädlichkeit dauernd ein, so bilden sich sofort zweckmässige Vorrichtungen, diese zu paralysiren; fallen die schädigenden Momente fort, so schwinden auch jene wieder. Der Organismus würde, falls er die Fähigkeit nicht besässe, seinen Weiterbestand durch Ausbildung von Schutzkräften zu sichern, bald den vielen Feinden, denen er ausgesetzt ist, erliegen.

In diesem Sinne fasse ich das Wesen dieses so viel umstrittenen Organes auf. Es ist ein Lymphapparat, der dem centripetal gerichteten Bacterienstrom einen centrifugal wirkenden Leucocytenstrom entgegenschickt, indem er auf diese Weise ein Einbrechen der Mikroben in den Körper verhindert.

Seit einiger Zeit untersuchten wir die normalen Mandeln an Kindern und konnten in vollster Uebereinstimmung mit anderen Beobachtern bestätigen, dass auf denselben constant Streptococcen schmarotzen. Diese stellen so schöne Ketten dar, wie ich sie sonst nirgends gesehen habe. Diese Microben sind nun nicht etwa in ihrer Virulenz herabgesetzt; sobald sie auf einen geeigneten Nährboden gelangen, entfalten sie ihre deletären Eigenschaften.

Wir selbst konnten mit solchen von gesunden Tonsillen gezüchteten Streptococcen am Kaninchenohr typisches Erysipel erzeugen, während andere Autoren berichten, dass sie mit denselben schwere septische Infectionen am Thier hervorgebracht haben. Woher rührt das nun, dass solche vollvirulenten Keime auf den Mandeln wuchern, ohne von hier aus in den Säftestrom einzudringen? Ich erkläre das gleichfalls aus der Wirkung des centrifugal gerichteten Leucocytenstromes. Ist die Relation zwischen diesem und dem Bacterienstrom verschoben, so ändern sich die Verhältnisse sofort: Die Angina lacunaris stellt eine Erkrankung der Tonsillen dar, bei der die Streptococcen aus ihrer Passivität heraustreten. Durch welche Microben jene Erkrankung hervorgerufen wird und welche Rolle dabei die Streptococcen spielen, ist ungewiss, wir können bloss constatiren, dass die Erkrankung mit der Bildung necrotischer Pfröpfe in der Mandel einhergeht, nach deren Ausstossung der Process beendigt ist.

Von grösstem Interesse nun ist es, dass während der lacunären Angina die auf der Tonsille schmarotzenden Streptococcen virulent werden können und in den Körper einzudringen vermögen. Als Beleg dafür führe ich die hohe Temperatur und das Allgemeinbefinden an, wie wir solches bei den Streptomycosen überhaupt häufig antreffen (Erysipel, Streptococcensepsis) — wichtiger aber sind die streptomycotischen Metastasen, wie sie im Verlauf der Angina lacunaris und im Anschluss an diese nicht ganz selten beobachtet werden. Sero-fibrinöse Ergüsse in den verschiedensten Gelenken, die alle Characteristica der Synovitis streptomycotica zeigen, Streptomycose der Halsdrüsen, Phlegmone des retrotonsillaren Zellgewebes, Streptomycosis universalis (Streptococcensepsis) mit ihrem wechselvollen Symptomenbild sind hierher zu rechnen.

Aber auch andere Erkrankungen, die mit Affection der Rachenorgane einhergehen, geben den Streptococcen die Möglichkeit aus ihrem Latenzstadium hervorzutreten und in den Organismus einzudringen, wo sie dann je nach dem Ort, wo sie zur Ansiedelung gelangen, die verschiedensten Krankheitsbilder erzeugen. Zu den Krankheiten, die besonders häufig mit Streptomycosen combinirt sind, zählen vor Allem der Scharlach und die Diphtherie. Beide sind durch exquisite Veränderungen der Rachenschleimhaut characterisirt.

In ähnlicher Weise wie auf den Follikeln des Rachens neben anderen Mikroben constant Streptococcen schmarotzen, fand ich, dass auf den Follikeln des Processus vermif. constant das Bact. coli angetroffen wird, welches dort in Gemeinschaft mit anderen Pilzen, meist Proteusarten, sich aufhält. Auch hier muss angenommen werden, dass der centrifugal gerichtete Leucocytenstrom ein Eindringen der Mikroben resp. ein Vermehren in demselben verhindert. Unter Umständen, die uns noch nicht näher bekannt sind, wird auch hier das Verhältniss beider Ströme zu einander verschoben, so dass die Infection perfect wird. Es unterliegt wohl keinem Zweifel, dass in der grössten Mehrzahl der Fälle von acuter Appendixerkrankung das Bact. coli als der ursächliche Erreger angesehen werden muss, denn abgesehen von seinem constanten Vorkommen auf der normalen Appendixschleimhaut wird derselbe auch kaum je in den periappendiculären Eiterdepots vermisst. Auch dort, wo die Erkrankung durch Kothsteine oder Fremdkörper entstanden zu sein scheint, spielen die Mikroben doch die letzte wichtige Rolle, insofern sie auf Stellen der Schleimhaut, die durch die Fremdkörper mechanisch insultirt wurden, zur Ansiedelung gelangen. Aehnliche Verhältnisse finden wir im ganzen Verdauungstractus; besonders prägnant sehen wir das in den Fällen, wo die normale Ernährung der Darmschleimhaut alterirt ist. In der eingeklemmten Schlinge bei incarcerirter Hernie oder bei dem Darmverschluss finden wir ausgedehnte Necrosen in allen Stadien. Ja selbst oberhalb der Einklemmung können wir ausgedehnte Necrosen nachweisen, die als «Distensionsgeschwüre» zu bezeichnen sind und durch Mikrobeninfection an Stellen, deren Ernährung beeinträchtigt ist, verursacht werden. Das Bact. coli hat im Wesentlichen necrotisirende Eigenschaften, die unter geringerer oder bedeutenderer Colliquation zur Mortification führen. Wir sehen auf der Appendixschleimhaut alle Stadien der Necrose; oberflächliche Schleimhautgeschwüre, die die häufigste Ursache der stenosirenden resp. obturirenden Appendicitis sind, complete Perforationen und bisweilen Totalgangrän des ganzen Organes.

So wäre denn meines Erachtens die Appendicitis den hauptsächlichen Eiterkrankheiten des wachsenden Individuums, der Lymphadenitis und Osteomyelitis, die ja auch keine bacteriologischen Einheiten, sondern vielmehr verschiedenartige Mycosen der lymphoiden Substanz darstellen, anzugliedern und im Wesentlichen als eine Colimycose anzusehen.

Es ist nicht ohne praktisches Interesse, dass in verschiedenen Körpergegenden bestimmte Bacterienspecies schmarotzen und durch die Action centrifugal gerichteter Leucocytenströme in Schach gehalten werden. Wir sehen, dass von jenen Gegenden her bestimmte Infectionen ihren Ausgang nehmen können. Als häufigste Eingangspforte für die Streptomycosen ist der lymphatische Schlundring und hier in specie die Mandel zu betrachten, während für die Invasion mit Bact. coli der lymphatische Apparat des Darmtractus als Atrium dient; hier ist wiederum die Follikelmasse des Processus vermiformis eine bevorzugte Eintrittspforte für die Mikroben.

In Summa stellt ja die gesammte lymphatische Substanz des Organismus die Stätte dar, wo Bacterien beständig im Kampf mit Leucocyten sind, da erstere ja nach Aufnahme in die Blutbahn stets in Organen zur Ablagerung gelangen, in denen der Blutstrom verlangsamt ist (Knochenmark, Milz). Wo Mikroben hingelangen, findet stets eine mehr oder weniger beträchtliche Wucherung des lymphatischen Gewebes statt, die als Abwehrbewegung aufzufassen ist; das sehen wir im Verlaufe der Infectionskrankheiten an der Milz und am Knochenmark, ja sogar im Blute, wo die Leucocytose während jener Krankheiten in diesem Sinne zu deuten ist.

Ich resumire das hier Gesagte noch einmal kurz in folgende Sätze:

1) Der Processus vermif. ist den Lymphfollikeln zuzuzählen.

2) Die regressiven Vorgänge jenseits der 40er Jahre sind nicht als Degenerationssymptome aufzufassen, welche auf das Schwinden dieses Organes aus der Thierreihe schliessen lassen, sie sind ein durch den Lebensprocess des Individuums bedingter Vorgang.

3) Auf der Schleimhaut des gesunden Processus vermiformis findet sich stets Bact. coli in latentem Zustande.

4) Das Haften der Infection wird durch centrifugal gerichtete Leucocytenströme vereitelt.

5) Die Appendicitis ist den Infectionskrankheiten zuzuzählen; dieselbe ist in der Mehrzahl der Fälle eine Colimykose.

6) Die Appendicitis ist in die Classe der Eiterkrankheiten des wachsenden Individuums einzureihen, welche sich hauptsächlich am lymphatischen Apparat abspielen und in der Lymphadenitis und Osteomyelitis in ihren mannigfachen bacteriologischen Varianten ihre Hauptvertreter finden.

Referate.

H. Conradi: Ueber den Einfluss erhöhter Temperaturen auf das Casein der Milch. (Münchener medic. Wochenschrift 1901. Nr. 5).

Verfasser hat im Strassburger hygienischen Institut untersucht, ob die zwecks Sterilisation stattgefundene Erhitzung der Milch zu einer Störung ihres normalen Chemismus führt, wobei besonders geprüft wurde, in welcher Weise die vorausgegangene Erhitzung die Coagulationstemperatur des Milchcaseins bei Gegenwart von Calcium und verwandten Salzen beeinflusst. Die Versuche zeigten nun, dass bei einem Gehalt von 0,2—0,6 pCt. Chlorcalcium Kuhmilch, je nach ihrer Provenienz und Reaction bei Temperaturen zwischen 45—65° coagulirt wird. Unterwirft man aber dieselbe Milch erst einer Erhitzung über 80° hinaus, so sinkt der Coagulationspunkt unter Umständen um 8—12° herab, während die vorher bis zu 75—80° erwärmte Milch denselben Gerinnungspunkt ein-

hält, wie im nicht erhitzten Zustand. Eine halbstündige Erhitzung bis zu 70° bringt keine Veränderung der Labungsfähigkeit der Milch im Vergleich mit der Norm hervor. Die Thatsache, dass die Erhitzung der Milch über 80° einerseits den normalen Coagulationspunkt der Milch bei Gegenwart von Calciumsalzen um 8—12° herabdrückt, anderseits aber den Vorgang der Labfällung hinausschiebt, erbringt den Nachweis, dass die Erhitzung über 80° eine dauernde, chemische oder physikalische Veränderung der Milch bewirkt hat. Verf. lässt vorläufig die Frage offen, ob jene beiden Momente die Verwerthung der Milchnahrung, ihre Verdaulichkeit und Ausnutzung beeinflussen. Jedenfalls scheint es aber empfehlenswerth, zwecks Vernichtung der Bacterien von vorneherein nur solche Temperaturgrade anzuwenden, welche dieses nicht auf Kosten der physiologischen Zusammensetzung der Milch zu erzielen suchen.

Weyert.

C. Stich: Zur Arsenfrage. (Münchener medic. Wochenschrift Nr. 11)

Auf Grund seiner Untersuchungen an Menschen, Thieren und Pflanzen kommt Verfasser zu folgenden Ergebnissen. Bei Thieren werden die höher, bezw. speciell functionirenden Zellen der drüsigen Organe und das junge Bindegewebe, bei Pflanzen das junge Parenchym in der Nähe, besonders an den Enden der Leitbahnen von der Arsenwirkung getroffen. Das Protoplasma in jungen Thier- und Pflanzenzellen erfährt die ersten Schädigungen des aufgenommenen Arsens. Blutgefässe, Stütz- und Deckgewebe der Thiere, Leitbahnen und Zellwände der Pflanzen sind weniger empfindlich gegen Arseneinfluss. Das aufgenommene Arsen kann vergast werden, bei Thieren von der Weinbergschnecke, wie diese Untersuchungen zeigen, bei Pflanzen von Schimmelpilzen, wie bekannt ist. Von den menschlichen Vergiftungen ist beachtenswerth, dass das durch den Placentarkreislauf in den Foetus gelangte Arsen in denselben Organen deponirt wird wie bei den Erwachsenen (Leber, Herz, Niere). Höhere Pflanzen nehmen nur geringe Mengen von Kaliumarsenat auf, mehr davon, wenn das Gift in die Wasserbahnen gelangt, sei es, dass nach Zerstörung des Wurzelsystems die Arsenlösung die Leitbahnen erreicht, oder dass an Einschnitten oder durch Injectionen die Arsenlösung den Transportwegen zugeführt wird.

Weyert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Ohrenärztliche Diagnostik für Aerzte und Studirende mit therapeutischen Anmerkungen und Anhang: Rhinologische Diagnostik. Von Dr. R. Eschweiler. Urban und Schwarzenberg. 1901.

In vorliegender Diagnostik hat sich der Verf. bemüht, «dem Studirenden und Arzt eine Recapitulation des im academischen Unterricht Gehörten und Gesehenen zu geben und ihm bei der Behandlung von Erkrankungen des Ohres zur raschen Diagnose und Therapie behilflich zu sein». In kurzer, prägnanter Form giebt das Buch eine sehr klare, leicht fassliche Beschreibung der für den Anfänger wichtigsten Untersuchungsmethoden des Ohres und therapeutischen Massnahmen bei Erkrankungen desselben. Zahlreiche recht instinctive, grösstentheils schematische, Abbildungen illustriren den Text. Dem Anfänger kann das Buch nur bestens empfohlen werden. Die Ausstattung desselben ist eine recht gute.

A. Sacher.

Dr. J. Hirschkorn: Therapie der Nervenkrankheiten. (Wien und Leipzig 1900. Deuticke).

Ein kurzgefasstes Nachschlagebüchlein, dessen Brauchbarkeit wesentlich darunter leidet, dass die Anordnung der besprochenen Krankheiten nicht nach dem Alphabet geschehen und dass kein Index vorhanden ist! Sehr viel Gebrauch macht der Verfasser von Ichthyolpräparaten, die er extern (in Salbenform) bei den verschiedensten Beschwerden gebrauchen lässt. Den Migrainekopfschmerz will er im Anfall durch Natr. bromat. 2,0 + Extr. belladonnae 0,02 mit allerbestem Erfolge bekämpfen, er wäre einer der Wenigen, dem dies gelungen! Im Uebrigen wird sehr viel Werth gelegt auf die Anwendung des faradischen Pinsel's, hauptsächlich zur Bekämpfung hartnäckiger Neuralgieen.

Die Ansicht des Verfasser's, dass Morbus Basedowii auch bei intacter Gl. Thyreoidea in Folge heftiger «Gemüthsstürme» sich entwickeln könne, theilt Ref. keineswegs. Auf orthographische Genauigkeit sollte doch der Verfasser etwas mehr Werth legen, Fehler wie «Coccydinie» und «Relwayspin» dürften nicht vorkommen.

Voss.

Paul Petit: Eléments d'anatomie gynécologique, clinique et opératoire. Paris, Georges Carré et C. Naud Editeurs 1901.

Es ist dem Verf. als grosses Verdienst anzurechnen, dass er sich der Mühe unterzogen hat jahrelange anatomische Studien an der Leiche vorzunehmen und vorzügliche, übersichtliche topographisch-anatomische Präparate zu schaffen, an denen das schwierige Gebiet der Anatomie des weiblichen Beckens und der weiblichen Geschlechtsograne dem Gynäcologen leicht verständlich gemacht werden. Das Resultat dieser präparatorischen Studien ist in 32 gut ausgeführten Tafeln niedergelegt, die ein klarer, übersichtlicher Text erläutert. Alle anatomischen Verhältnisse sind bis in die kleinsten topographischen Details erörtert und man kann wohl sagen erschöpfend abgehandelt. In den 3 ersten Capiteln wird die Vulvar- und Perinealregion besprochen (6 Tafeln), dem Becken sind 4 Capitel und 21 Tafeln gewidmet, wobei eingehend auch die Operationen an den Beckenorganen besprochen und anatomisch illustrirt werden. 2 weitere Capitel erklären die Anatomie der Bauchwand und im letzten Capitel wird dann noch die Inguinalgegend zusammenfassend besprochen. Die Ausstattung des Buches ist eine vorzügliche. Der reichhaltige Stoff regt zu eingehendem Studium an. Das Buch füllt eine vorhandene Lücke in der gynäkologischen Literatur aus und dürfte bald in der Bibliothek jedes Gynäkologen zu finden sein. Es wäre zu empfehlen dieses tüchtige Werk durch Uebersetzungen auch weiteren Kreisen zugänglich zu machen.

W. Beckmann.

Lehrbuch der Ohrenheilkunde von Dr. Victor Urbantschitsch, a. o. Professor für Ohrenheilkunde an der k. k. Universität in Wien. Vierte neu bearbeitete Auflage. Mit 77 Holzschnitten und 8 Tafeln. Urban und Schwarzenberg. Berlin und Wien. 1901.

Mit Freuden ergreifen wir die Feder, um unseren Lesern das Erscheinen der neuen Auflage des Urbantschitschschen Werkes anzuzeigen. Es ist das allbekannte Lehrbuch des um die Ohrenheilkunde hochverdienten Verfassers, nach dem decennienlang zahlreiche Generationen von Aerzten die Otiatrie studirt haben. Der Mangel einer neuen Auflage desselben wurde schon längst empfunden und das Erscheinen einer solchen von Allen, mit dem Werke näher vertrauten, mit Freunden begrüsst. Alle neuesten Errungenschaften auf dem Gebiete unserer Specialwissenschaft, an denen der Verfasser sich so mehrfach und glänzend betheiligt hat (wir erinnern nur an seine epochemachende Arbeit: «Ueber Hörübungen bei Taubstummen und bei Ertaubung im späteren Alter») haben in der neuen Auflage Aufnahme gefunden und sind ebenso wissenschaftlich und gründlich bearbeitet worden wie das ganze Werk. Auf die Vorzüge desselben einzugehen, halten wir bei der allgemeinen Anerkennung und Beliebtheit des Buches für überflüssig und sind überzeugt, dass das Werk auch in seiner neuen Auflage ebenso zahlreiche Anhänger finden wird wie die vorigen.

A. Sacher.

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1296. Sitzung am 20. November 1900.

1) Schmitz theilt folgenden Fall von Spondylitis typhosa mit:

Ein 12jähriges mit leichter Lumbalskoliose behaftetes, sonst durchaus gesundes Mädchen erkrankte an einem Unterleibstyphus, der, eher leicht als schwer zu nennen, in der ersten Hälfte der 4. Krankheitswoche abgelaufen war. Schon im Prodromalstadium war eine gewisse Unbequemlichkeit im linken Arm zu bemerken, die mit Beginn des Fiebers in Schmerz überging und zwar nur im Bereich des Radialis, — dabei objectiv nichts zu constatiren. In der 2. Woche gesellte sich dazu eine Neuralgie des rechtsseitigen Plexus lumbo-sacralis, welche wie die des Radialis keinen hohen Grad erreichte, aber mit starker Hyperästhesie der Haut und mit einer gewissen Steifigkeit des Rückens verbunden war. Die Schmerzen liessen allmählich nach, schwanden aber auch in der Reconvalescenz nicht ganz. Als das Mädchen in der 5. Krankheitswoche das Bett verliess, war ein etwas steifer, vielleicht leicht ataktischer Gang zu bemerken, wobei Pat. die rechte Beckenhälfte etwas senkte, sodass ihr selbst das rechte Bein verlängert erschien.

Am 36. Krankheitstage schrie Pat. am Morgen im Bett plötzlich laut auf und klagte über einen äusserst heftigen

Schmerz im Rücken (Lumbaltheil), als ob «etwas gebrochen wäre, — vielleicht hätte sie beim Aufwachen irgend eine starke Bewegung des Rumpfes gemacht». Dieser Schmerz gab sich bald und einige Stunden danach stand sie auf. Vier Tage später traten wiederum stärkere Schmerzen im Bereiche des rechten Pl. lumbo-sacralis auf, und Tags darauf begannen nun Anfälle von äusserst heftigen Schmerzen, die tagtäglich ein bis zwei Mal sich wiederholten, oft stundenlang andauerten und jetzt auch auf die linke Körperhälfte übergingen, ja hier stärker wurden als rechts. Dabei starke Hauthyperästhesie, gesteigerte Gefässreflexe, etwas verstärkte Kniereflexe, keine Motilitätsstörungen, grosses Angstgefühl und ausgesprochen hysterische Erscheinungen; vorübergehend linksseitige Trigeminus-Neuralgie. Die Temperaturen werden nun fieberhaft, anfangs unregelmässig, dann mit starken morgendlichen Re- und sogar Intermissionen (bis 36,0°) und abendlichen Steigerungen bis 40,0°. Mit dem sich steigernden Fieber traten die nervösen Erscheinungen allmählich zurück. Die letzte starke Temperatursteigerung war im Beginn der 9. Krankheitswoche 39,6° und gleichzeitig damit fanden sich in dem bis dahin nichts besonderes zeigenden Harn reichliche hyaline, granulirte und Epithel-Cylinder bei nur Spuren von Eiweiss. Einige Tage später ist der Urin normal, ebenso die Temperatur. Noch erfolgte ein Mal eine Temperatursteigerung auf 38,4° und ein schwerer $3^1/_2$stündiger Schmerzanfall in der Mitte der 9. Woche, dann wurde die Temperatur normal, die Anfälle seltener, schwächer und sistirten endlich ganz, — es trat volle Reconvalescenz ein.

Den Sommer verbrachte Pat. auf Prof. Heubner's (Berlin) Rath in Liebenstein in Thüringen, hat dort gebadet, geradelt und sich gut erholt. Als Vortragender im Herbst sie wiedersah, fand er sie in durchaus gutem Gesundheitszustande. Doch bei Inspection des Rückens zeigte sich eine deutliche, wenn auch leichte Prominenz des 3. und 4. Lendenwirbels, während vom 4. zum 5. eine kleine Stufe nach vorn bestand. Auf der Höhe der Prominenz hatte sich von dem leichten Schnürleibchen eine seichte Druckschwiele gebildet. Die Beweglichkeit der Wirbelsäule war überall eine vollkommen normale, die schon vor dem Typhus bestehende leichte Skoliose eher geringer geworden, insbesondere die compensatorische Krümmung der Brustwirbelsäule so gut wie ganz geschwunden.

Es muss hiernach angenommen werden, dass damals eine Colonisation von Typhusbacillen in oder an der Wirbelsäule stattgefunden und die Symptome der begleitenden circumscripten Meningitis gegeben hat. Dabei muss hervorgehoben werden, dass in diesem Falle zu keiner Zeit irgend eine Schwellung der Weichtheile in der Lumbalregion bestanden hat, wie eine solche bei den Quincke'schen Patienten sich gezeigt hat.

Es muss noch hinzugefügt werden, dass zur Zeit, $1^1/_2$ Jahr nach der Erkrankung, das Mädchen durchaus gesund und blühend und lang aufgeschossen ist, die Prominenz jedoch in unveränderter Gestalt weiter besteht, — von einer tuberculösen Spondylitis kann also hier gar keine Rede sein.

(Autoreferat.)

Discussion.

Kernig möchte wissen, ob nach Typhus häufig Knochenerkrankungen vorkommen; ihm ist nur ein Fall in Erinnerung, in welchem es sich um einen Herd in der Tibia handelte.

Schmitz hat selbst nur 4 Fälle von Osteomyelitis resp. Periostitis infectiosa (1:3) beobachtet, welche nach einem vorangegangenen Typhus aufgetreten waren.

Wladimirow: Eine Erklärung der myelitischen Erkrankungen im Verlauf des Typhus dürfte nicht schwer sein: weniger leicht verständlich sind Affectionen des Bindegewebes.

Wanach: Osteomyelitiden nach Typhus können durch verschiedene Mikroben bedingt sein. Dementsprechend ist das Krankheitsbild kein einheitliches, sondern ein verschiedenes. Die specifische Osteomyelitis typhosa unterscheidet sich von der durch Staphylococcus erzeugten nicht nur durch den Befund von Typhusbacillen, sondern auch durch den charakteristischen Verlauf. Es findet sich in solchen Fällen nur eine Auftreibung des Knochengewebes durch Granulationen; diese Affectionen gehen nicht in Eiterung über, sondern lassen nach längerem Bestehen normales Knochengewebe zurück. W. hat 2 Fälle circumscripter Myelitiden in der Diaphyse des Femur beobachtet, in welchen nach mehr oder weniger langem Bestande die Auftreibung des Knochens zurückging. Im Allgemeinen befällt die Osteomyelitis nur einen Wirbel. Etwas auffallend ist im Falle Schmitz das Ergriffensein zweier Wirbelkörper. Die Verschiebung der Wirbel bedarf auch noch einer Erklärung. Könnte es sich nicht nur um eine Erweichung der Bandscheiben gehandelt haben?

Schmitz: Der Name Osteomyelitis ist mit Absicht gar nicht genannt worden, sondern es ist nur von spondylitischen Processen die Rede gewesen, welche sich möglicherweise auch nur im Bandapparat abgespielt haben. Eine Zerstörung der Wirbelkörper hat nicht stattgefunden; bei der Untersuchung hatte man nur den Eindruck, dass eine Verschiebung der Wirbelkörper an einander stattgefunden habe.

Tiling: Staphylococcen- oder Streptococcen-Osteomyelitiden sind, wie Wanach schon bemerkte, streng von den durch andere Mikroorganismen hervorgerufenen Knochenerkrankungen zu unterscheiden (Typhus-, Pneumonie-Osteomyelitis). Letztere haben einen ganz anderen Charakter, als die gewöhnliche Osteomyelitis. Unter Schmerzen kommt es zu flachen Auftreibungen des Knochens. Bei Operationen findet man in solchen Fällen keinen Eiter, sondern nur oberflächlich in der Corticalis gelegene Granulationsherde. Aehnliche Verhältnisse hat T. in 2 von ihm beobachteten Fällen von Osteomyelitis der Tibia gefunden. In einem Falle, welcher vor Jahren operirt und von Orlow publicirt wurde, konnten 8 Monate nach dem Typhus noch Reinculturen des Typhusbacillus in den Knochenherden nachgewiesen werden.

Kernig: Symptomatologisch entspricht der erwähnte und von Zeidler operirte Fall vollständig den soeben referirten Fällen.

Petersen fragt, ob Röntgenbilder angefertigt worden seien; aus solchen Bildern hätten die Vorgänge, welche sich an der Wirbelsäule abgespielt haben, genauer präcisirt werden können.

Schmitz: Röntgenaufnahmen haben nicht stattgefunden.

2) Kernig theilt folgenden seltenen, und in Bezug auf die Indicationsstellung für operatives Eingreifen überaus schwierigen Fall von Magenblutung mit: Die 30-jährige Bäuerin Jewdokija L. tritt am 22. September 1900 ins Obuchow-Frauenhospital ein mit folgender Anamnese: Vor 6 Jahren blutiges Erbrechen, seitdem häufiger epigastrische Schmerzen und Uebelkeiten; jetzt, am 21. September, ist, nachdem einige Tage heftige Schmerzen vorangegangen waren, Bluterbrechen eingetreten, die Stühle sollen schwarz gewesen sein. In der Nacht vom 21. auf 22. September hat sich das Blutbrechen wiederholt, etwa 200 Ccm. theils flüssiges, theils geronnenes Blut sollen entleert worden sein. Am Nachmittag des 22. September Aufnahme ins Hospital. Temperatur 36,1. — In der Nacht vom 22. zum 23. September wieder Erbrechen von theils schwarzem verändertem, theils frischem nicht verändertem Blut, im Ganzen 50—100 Ccm. Am Morgen des 23. September Temperatur 36,1, Puls 112 bis 116. Die gut gebaute und gut genährte Patientin bietet die Zeichen der acuten Anämie scharf ausgeprägt; der Unterleib weich, schmerzlos, nicht aufgetrieben, bei vorsichtiger Palpation werden weder Leber noch Milz vergrössert gefunden. Herz und Lungen frei. Bei der Consultation mit dem Chirurgen Dr. G. Zeidler sind beide Theile einig, dass zunächst abzuwarten ist. Die Therapie besteht in absoluter Ruhe, absoluter Diät, Eis äusserlich und innerlich (doch nur in beschränktem Masse wird Eis zu schlucken erlaubt, um nicht durch Füllung des Magens Erbrechen hervorzurufen), Ergotininjectionen und einer Gelatininjection von 100 Ccm., 2 pCt.

Am folgenden Tage, den 24. September, fiebert Patientin, Morgens 38,8, Puls 124, Abends 39,2: Das Fieber wird auf einige geschwellte und druckempfindliche Injectionsstellen bezogen. Es ist weder Erbrechen noch Uebelkeit dagewesen, auch kein Stuhl. Der Unterleib schmerzlos, weich. Durst. Die Secale- und Gelatineinjectionen werden ausgesetzt, dagegen Campherinjectionen verordnet. Nach einem gewöhnlichen Klysma werden 300 Ccm. Milch ins Rectum injicirt.

Am 25. September ist die Temperatur Morgens 35,4, Puls 132, fadenförmig, Abends 37,7. Patientin fühlt sich sehr schwach, hat sonst keine Klagen. Die Anämie hat sich deutlich vermehrt. Gestern nach dem Klysma kamen schwarze Fäcalmassen und dunkles verändertes Blut zu Tage. Keine Uebelkeiten, kein Erbrechen. Unterleib eingesunken, schmerzlos. Die Injectionsstellen des Secale cornutum empfindlich. Morgens 9 Uhr erfolgt spontan ein recht reichlicher Stuhl von schwarzen blutigen Massen. Jetzt zweite Consultation mit dem Chirurgen, deren Resultat etwas zweifelhaft blieb; der Chirurg schien zum Eingreifen geneigt, während K., angesichts der bekannten Thatsache, dass auch schwerste Fälle von Magenblutungen zum Stehen kommen, zögerte. — Verordnet wurde Eis äusserlich und innerlich, Campher als subcutane Injection, nach einem Wasserklystier eine Einspritzung von 300 Milch, 100 Inf. Valerian. und 30 Wein. — Am Abend Erbrechen ohne Blut.

Am 26. September Morgens 36,3, Puls 116—120, der Qualität nach nicht schlechter als am Tage vorher, obgleich sicher ein weiteres Minus an Kräften eingetreten sein musste. Nachts war ein schwarzes Gerinnsel per rectum abgegangen, Morgens wieder recht reichliches Erbrechen von frischem Blut. — Patientin wird in die chirurgische Abtheilung über-

geführt. — Hier wurde von Hrn. Dr. Zeidler die Laparotomie ausgeführt. Nach Constatirung des vollkommenen Intactseins des Peritoneum wurde der Magen durch einen 25 Ctm. langen Schnitt an der vorderen Fläche parallel der grossen Curvatur eröffnet. Nach Entfernung reichlicher schwärzlicher Cruormassen präsentirte sich eine apfelgrosse Geschwulst, die polypenartig in das Lumen des Magens hineinragte und die breit im Fundus an der Hinterwand des Magens, nahe dem linken Rande aufsass. Die Geschwulst war resistent, auf ihrer Höhe an zwei Stellen ulcerirt, die Schleimhaut auf ihr beweglich. Dass die Geschwulst vor der Operation nicht gefühlt worden war, ist leicht begreiflich, da in jenen Tagen der schweren Blutung Niemand gewagt hatte das Epigastrium auch nur halbwegs ernstlich zu palpiren. Nach circulärer Umschneidung der Mucosa etwa in der Mitte der Höhe des Polypen gelang es Hrn. Dr. Z. die Geschwulst fast vollständig rein aus der Magenwand auszuschälen. Es erfolgte nur eine ganz minimale Verletzung des Peritoneum des Magens an der Basis der Geschwulst, Naht.

Die spätere mikroskopische Untersuchung ergab, dass es sich um ein Fibrosarcoma fusocellulare handelte. (Die circa apfelgrosse Geschwulst wird vorgelegt.) Ohne in die weiteren chirurgischen Details einzugehen, sei nur erwähnt, dass Pat. vor und nach der Operation eine Infusion von je 600 Ccm. physiologischer Kochsalzlösung in die Vena mediana cephalica rechts erhielt. Trotz aller weiterer Belebungsmittel verstarb Patientin 12 Stunden nach der Operation. Die Section ergab hochgradigste Anämie aller Organe.

Die grosse Seltenheit eines derartigen Befundes am Magen, wie im vorliegenden Fall, wird vom Vortragenden nur gestreift, da der Fall einer ausführlichen Bearbeitung seitens Hrn. Dr. L. Stuckey's, gegenwärtig Assistent der chirurgischen Abtheilung, unterliegen wird. Kernig hebt nur die grossen Schwierigkeiten hervor, welche derselbe in Bezug auf die Indication überhaupt, speciell auf die Wahl des Zeitmoments für das chirurgische Eingreifen darbot.

Die Grundlage der gegenwärtigen Anschauungen über die Indicationen für chirurgisches Eingreifen bei gutartigen Erkrankungen des Magens, speciell bei Ulcus, bilden wohl die Referate von Leube und Mikulicz auf dem Berliner Chirurgencongress vom Jahre 1897. Sie finden sich in dem 2. Bande der «Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie» Bd. 2 p. 1 und ff. und p. 184 und ff.

Leube namentlich hat dieselben in klassischer Klarheit und Uebersichtlichkeit aufgestellt. Es sei erlaubt sie hier anzuführen.

Leube findet chirurgisches Eingreifen indicirt:

1) Bei Blutungen — ein Punkt, der uns sogleich näher beschäftigen soll.

2) Bei heftigen Schmerzen und Erbrechen mit unaufhaltsamer Inanition nach Erschöpfung der Mittel der inneren Medicin. Diese Indication ist eine relative.

3) Bei Perigastritis; hier ist die Indication eine absolute bei vom Magen ausgehenden Abscessen und fühlbaren tumorartigen Verdickungen am Magen. Garnicht oder nur sehr relativ ist die Indication, wenn Verwachsungen nur nach den klinischen Symptomen möglich sind, aber nicht gefühlt werden.

4) Bei Perforation. Die Indication ist absolut bei erfolgter Perforation, wenn möglich innerhalb der ersten 10 Stunden. Garnicht indicirt ist die Operation bei sogenannter drohender Perforation.

Hier interessirt uns näher die erste Indication: Blutungen. Auch hier unterscheidet Leube eine absolute und relative Indication. Er findet die Operation absolut indicirt bei unaufhaltsam in kleinen Nachschüben erfolgenden Blutungen, namentlich wenn gleichzeitig Gastrectopie besteht. Vortragender theilt mit, dass ihm in dieser Form die Indication zur Operation noch nie vorgekommen ist. Es mag das zusammenhängen mit der grossen Seltenheit des Magenulcus in der hiesigen (russischen) Bevölkerung überhaupt. Vortragender erinnert daran, dass er diesen Umstand schon vor vielen Jahren gerade in diesem Verein constatirt hat (am 17./29. October 1888, vergl. darüber das Protokoll in der «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift» 1889, Nr. 33 p. 290, und die Arbeit von v. Sohlern in der «Berliner Klinischen Wochenschrift» 1889, Nr. 13 p. 272). Wenn gegenwärtig ein grösseres Ulcusmaterial im Deutschen Alexander-Hospital für Männer sich ansammelt, so ist das nach Meinung des Vortragenden bedingt speciell durch die Thätigkeit des Collegen Dr. Westphalen an diesem Hospital.

Nicht indicirt findet Leube eine Operation bei einer einmaligen profusen Blutung.

Relativ indicirt findet er sie bei öfterer Wiederholung abundanter Blutungen. Dieser letzten relativen Indication gegenüber befanden wir uns in dem heute mitgetheilten Falle. Der kritische Augenblick war für uns offenbar der Morgen des 25. September. Die Anaemie und der Kräftezustand der Kranken waren bereits fast an der äussersten Grenze angelangt. Die Laparotomie mit Eröffnung des Magens und jedenfalls umständlichen Manipulationen in letzterem musste als direct lebensgefährlicher Eingriff angesehen werden. Andererseits steht die Thatsache fest, dass auch profuse Blutungen bei Ulcus rotundum seu pepticum — und speciell an diese Diagnose mussten wir uns ja in jenem Augenblick halten — von selbst stehen. Wie sollte man da nicht zögern? Selbst Mikulicz hat von 4 unter diesen Umständen operirten Fällen 3 verloren.

Vortr. verliest noch folgende Aeusserungen Leube's aus seinem oben citirten Referat auf dem Chirurgencongress 1897 in Berlin: «Meiner (Leube's) Ansicht nach ist in Fällen von plötzlich eintretender Blutung die Frage zu discutiren, ob eine Laparotomie vorgenommen werden soll. Die Indication ist keine absolute, sondern nur eine relative, d. h. es ist von Fall zu Fall die Entscheidung zu treffen, und speciell abhängig von dem Kräftezustand und dem Puls des Patienten. Gewöhnlich wird die Erschöpfung unmittelbar nach der wiederholten profusen Haematemesis so stark sein, dass wenigstens einige Stunden zu warten nothwendig ist, bis der Puls wieder fühlbar und der Collaps weniger ausgesprochen ist.

«Glücklicherweise sind Fälle von abundanter zum Tode führender Magenblutung bei consequent geleiteter innerer Behandlung recht selten; ich (Leube) habe unter allen meinen Fällen nicht einmal 1 pCt. Todesfälle an unstillbarer Blutung zu verzeichnen und man braucht nach meiner Erfahrung auch bei sehr profusen Blutungen und scheinbar desolaten Situationen nicht gleich an einem günstigen Ausgang zu verzweifeln».

Mittelbar hierher gehörig ist dann noch eine Aeusserung Leube's, die er in demselben Referat gelegentlich der Operation bei Perforationsperitonitis macht: «Indessen muss es dem einzelnen überlassen bleiben zu unterscheiden, wie weit der bald stärkere, bald schwächere Choc eine Contraindication bildet; d. h. ob der Körper das Plus an Reizung des Bauchsympathicus, die mit der Operation verbunden ist, neben der schon durch die Perforation und folgende Entzündung herbeigeführten Reduction der Herzthätigkeit voraussichtlich aushalten wird oder nicht».

(Autoreferat).

Discussion:

Tiling: Perigastritische Processe dürften nur dann als Indication für operative Eingriffe gelten, wenn sie Schmerzen verursachen.

Kernig: Perigastritische Schwielen, die gefühlt werden können, werden, auch wenn sie keine Schmerzen verursachen, als Indicationen genannt.

Tiling betont, dass diffuse perigastritische Verklebungen, selbst am Pylorustheil, keine Schmerzen zu machen brauchen, wie aus einem von ihm operirten Falle zu ersehen ist. In diesem Falle liegt der Magen jetzt flächenhaft der Bauchwand an, dessen ungeachtet ist Pat. von den Schmerzen, die sie früher hatte, geheilt. Sind die Adhaesionen strangförmig, so scheinen sie allerdings Schmerzen zu verursachen.

Kernig: Die Schmerzen brauchen garnicht durch perigastritische Processe hervorgerufen zu sein; häufig sind dieselben durch Fortschreiten des Ulcus bedingt, was auch schon auf dem Congress betont wurde.

Wanach: Zur Illustrirung des soeben Gesagten kann ich folgenden Fall anführen. Ein ca. 30jähriger Mann, welcher 2—3 Jahre auf Ulcus behandelt wurde, zeigte im Juli dieses Jahres Erscheinungen, welche auf Verwachsungen in der Pylorusgegend hinzuweisen schienen. Da kein Erbrechen, keine Blutungen etc. vorhanden waren, wurde angenommen, dass es sich um Folgezustände eines abgelaufenen ulcerösen Processes handele. Bei der Operation fand W. den Pylorus frei, dafür aber feine Verklebungen zwischen Magen und Leber und beim Versuch sie zu trennen floss Mageninhalt aus einer erbsengrossen Perforationsstelle an der kleinen Curvatur hervor. Vernähung der Perforationsöffnung, Tamponade, Verheilung unter geringer localer peritonitischer Reizung. In Folge der Tamponade müssen jetzt zwischen Leber und Magen grosse Verwachsungen bestehen, die früher nicht vorhanden waren, dessen ungeachtet sind keine Schmerzen mehr vorhanden. Die schmerzhaften Erscheinungen hat demnach das Weiterumsichgreifen des Ulcus bedingt.

Kernig: Es sind Fälle bekannt, wo allein der Schmerzen wegen operirt wurde und wo dieselben nach Durchtrennung der Stränge aufhörten. Es können also perigastritische Verwachsungen wohl die Ursache von Schmerzen sein. Auf Grund der Schmerzen allein solche Stränge zu diagnosticiren dürfte schwer fallen.

Director: W. Kernig.
Stellvertr. Secretär: Th. Dobbert.



Vermischtes.

— Der Präsident der Gesellschaft russischer Aerzte, Dr. W. I. Ignatjew ist, wie die Moskauer Blätter berichten, nach St. Petersburg berufen worden, um an den Berathungen über die Reform der Mittelschulen theilzunehmen.

— Die Königin-Regentin von Spanien hat dem Oberarzt des St. Petersburger Marinehospitals, Ehrenleibmedicus Dr. W. Rambach den Orden für Verdienste zur See 1. Classe verliehen.

— Zum Oberarzt des im Bau begriffenen Morosow'schen Kinderhospitals in Moskau ist der ältere Arzt am dortigen St. Wladimir-Kinderhospital Dr. Nikolai Alexejew ernannt worden.

— Dem Professor der Moskauer Universität Dr. A. I. Pospjelow, welcher bekanntlich den Oberarztposten des städtischen Mjassnizki-Hospitals niedergelegt hat, ist von der Moskauer Duma der tiefgefühlte Dank für seine der Stadt im Laufe von 25 Jahren geleisteten Dienste ausgesprochen worden.

— Der Professor der Anatomie an der Universität München Geheimrath Dr. Carl v. Kupffer ist vom 1. August d. J. aus Gesundheitsrücksichten von der Verpflichtung zur Abhaltung von Vorlesungen und von dem Amte des ersten Conservatoi s der anatomischen Sammlung enthoben worden. — Prof. Kupffer, welcher gegenwärtig im 72. Lebensjahre steht, stammt aus Kurland und ist ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, an welcher er auch von 1855—65, anfangs als Prosector, dann als ausserordentlicher Professor wirkte. Nach seiner Verabschiedung aus Dorpat war er successive Professor der Anatomie in Kiel, Königsberg und seit 1880 in München, wo er vor einigen Jahren auch als Rector magnificus fungirte.

— Ordensverleihungen: Der St. Stanislaus-Orden 2. Classe — dem Ordinator der Marien-Entbindungsanstalt, Hofrath Dr. Albert Eichfuss. Der St. Stanislaus-Orden 3. Classe — dem Arzt der Abtheilung des Rothen Kreuzes, welche im Jahre 1889 zur Erweisung ärztlicher Hilfe den Buren abcommandirt war, Otto Hohlbeck.

— Verstorben: 1 und 2) In Wolhynien zwei junge Aerzte W. Ljatoschinski und D. Grosin, welche erst vor 2 Jahren den Cursus absolvirt hatten, am Flecktyphus. — 3) In Leipzig der um die Entwickelung des Sanitäts- und Samariterwesens hochverdiente Director des Leipziger Sanitätswesen, Stabsarzt Dr. Carl Asmuss.

— Vor Kurzem beging Dr. N. A. Lizyn in Taganrog das 40jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. Die Gesellschaft der Aerzte der Stadt Taganrog, deren Präsident der Jubilar ist, veranstaltete ihm zu Ehren eine Festsitzung.

— Zum Oberarzt des hiesigen städtischen Kalinkin-Hospitals ist, wie die Tagesblätter berichten, Dr. S. I. Kulnew, gegenwärtig Oberarzt des Alafusow-Krankenhauses, gewählt worden.

— In der biologischen Section der Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit ist der Professor der med. Chemie an der Militär-Medicinischen Academie Dr. A. I. Danilewski zum Präsidenten gewählt worden.

— In Tunis ist Dr. Loir, ein Neffe Pasteur's und Director des tunesischen Pasteur-Instituts, von einem irrsinnigen Laboranten, Namens Panet, angeschossen worden. Vier Kugeln haben getroffen, wurden aber sofort herausgezogen und es ist Hoffnung vorhanden, Dr. Loir retten zu können.

— In Berlin hat sich ein Centralcomité für das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen constituirt, welches sich die Aufgabe gestellt hat, die Weiterbildung der Aerzte durch unentgeltliche Curse und Vorträge zu fördern. Zum Vorsitzenden des Centralcomités wurde Prof. Dr. E. v. Bergmann und zum Schriftführer Dr. A. Kutner gewählt. Es wird beabsichtigt, die Organisation des ärztlichen Fortbildungswesens über ganz Deutschland auszudehnen.

— In Moskau besteht seit ca. 2 Jahren eine Gesellschaft, welche sich zur Aufgabe gestellt hat, ein Asyl für bejahrte und erwerbsunfähige weibliche Personen des medicinischen Berufes im russischen Reiche zu gründen. Auf Allerhöchsten Befehl ist der Gesellschaft jetzt eine fast zwei Dessjatinen grosse Landparcelle im Mytischti-Forstrevier zur Errichtung des Asyls unentgeltlich angewiesen worden. Die Gesellschaft verfügt aber noch nicht über die zum Bau erforderlichen Mittel, denn zum 1. Januar d. J. belief sich der Cassenbestand derselben auf nur 5625 Rbl. 51 Kop.

— In Kiew ist vor Kurzem die erste Heilanstalt für chronisch kranke Kinder eröffnet worden.

— Zum Bau eines Sanatoriums für Lungenkranke in der Nähe Warschaus sind bereits 60,000 Rbl. gesammelt worden, doch hatten die Initiatoren bis jetzt keinen geeigneten Bauplatz ausfindig machen können. Gegenwärtig ist dieses Hinderniss gehoben, da Fürst S. Lubomirski sich erboten hat, zur Errichtung des Sanatoriums ein Landstück von 20 Morgen in dem ihm gehörigen Walde im Nowominsker Kreise zu spenden. (Her.)

— Eine praktische Methode, um Kuhmilch leichter verdaulich zu machen. Privatdocent Dr. v. Dungern empfiehlt in der «Münchener Medicinischen Wochenschrift» zur Verhütung der klumpenförmigen Gerinnung der Kuhmilch, welche die letztere für den kindlichen Magendarmcanal schwer verdaulich macht, der vorher gekochten und vor dem Gebrauche auf Körpertemperatur erwärmten Kuhmilch, ausser der üblichen Menge von Milchzucker, gift- und bacterienfreies Labferment zuzusetzen. Die sich bildenden groben Caseingerinnsel sind dann durch Schütteln oder Quirlen fein zu zertheilen. Solche Milch soll nach den vorgenommenen künstlichen Verdauungsversuchen mindestens eben so rasch verdaut werden wie Frauenmilch und sich auch bei der Prüfung an einem grösseren Säugungsmaterial vorzüglich bewährt haben.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 12. Mai d. J. 8147 (180 wen. als in d. Vorw.), darunter 389 Typhus — (8 mehr), 790 Syphilis — (21 wen.), 352 Scharlach — (1 wen.), 142 Diphtherie — (0 mehr), 82 Masern — (5 wen.) und 40 Pockenkranke — (5 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 29. April bis zum 5. Mai 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
430	275	705	154	68	110	9	11	33	69	51	44	56	58	29	10	3

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 23, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 19, Scharlach 13, Diphtherie 23, Croup 0, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 34, Erysipelas 7, Grippe 4, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 12, Tuberculose der Lungen 96, Tuberculose anderer Organe 12, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 47, Marasmus senilis 27, Krankheiten der Verdauungsorgane 66, Todtgeborene 30.

Für die Woche vom 6. bis zum 12. Mai 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
362	268	630	128	73	94	21	12	21	54	54	52	42	41	26	11	1

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 20, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 11, Scharlach 16, Diphtherie 23, Croup 6, Keuchhusten 3, Croupöse Lungenentzündung 21, Erysipelas 2, Grippe 6, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberculose der Lungen 80, Tuberculose anderer Organe 22, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 46, Marasmus senilis 26, Krankheiten des Verdauungscanals 73, Todtgeborene 44.

Verlag von August Hirschwald in Berlin.

Soeben erschienen:

Die Faeces des Menschen

im normalen und krankhaften Zustande mit besonderer Berücksichtigung der klinischen Untersuchungsmethoden von Prof. Dr. Ad. Schmidt u. Dr. J. Strasburger. I. Theil. Die makroskopische und mikroskopische Untersuchung der Faeces. gr. 8. Mit 6 lith. Taf. 1901. 8 Mark.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger und Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau **Catharine Michelson**, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Ольга Свѣтлова, Сергіевск.. д. 17, кв. 19
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
Schwester **Const. Schmidt**, Петерб. ст. Матвѣевская ул. д. 9, кв. 20.
Frau **Marie Kubern**, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.
Schwester Elise Tenisson, Невскій просп. д. 136, кв. 13.
Frau **Gülzen**, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 10.
Frau **Hasenfuss** Мал. Подъяческ. д. 14 кв. 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 22 St. Petersburg, 2. (15.) Juni 1901

Das praktische Problem der internen Behandlung der Gallensteinkrankheit.

Vortrag, gehalten auf der 22. öffentlichen Versammlung der Balneologischen Gesellschaft zu Berlin im März 1901.

Von

Dr. Curt Pariser, Homburg v. d. Höhe,
Specialarzt für Magen-Darmkrankheiten.

M. H.! Es ist nicht die Absicht der nachfolgenden Ausführungen, Stellung zu nehmen zu der Frage, in welchen Fällen von Cholelithiasis ein chirurgisches Eingreifen, in welchen eine interne Behandlung angezeigt sei. Wir Internen werden wohl in der überwiegenden Mehrzahl uns zu den Anschauungen bekennen, die in dieser Frage Naunyn besonders auf der Düsseldorfer Naturforscherversammlung 1898[1]) dargelegt hat — Anschauungen, die sich ebenso weit von ängstlicher Messerscheu, wie percyhafter Operationslust entfernt halten und die in jeder Zeile neben den theoretischen Erwägungen den Erfahrungsthatsachen des Praktikers mustergiltig gerecht werden.

Es soll vielmehr der Versuch gemacht werden, auseinanderzusetzen, nach welchen Gesichtspunkten eine innere Behandlung der Cholelithiasis zu leiten ist — der Cholelithiasis, nicht des einzelnen Kolikanfalls — bei denjenigen Fällen, bei welchen interne Behandlung in Betracht kommt.

Es ist bei der Behandlung der Cholelithiasis immer der folgende Gedankengang herrschend gewesen: „Die Gallensteinkrankheit ist eine Fremdkörperkrankheit, wenn ich so sagen darf, die Beschwerden der Cholelithiasis sind durch die Fremdkörper und ihre Wanderung hervorgerufen, folglich: ubi corpus alienum, evacua!

Eine nach Kräften zu vermeidende Möglichkeit dazu bietet die Operation, eine andere beruht in der Wirksamkeit interner Abtreibungscuren."

[1]) Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie. Bd. 4, 1899.

Dies ist bei der Allgemeinheit der Praktiker und — wie ich mich überzeugt habe — auch in den meisten, selbst neuesten Lehrbüchern bisher das theoretische Problem der Behandlung gewesen, das man sich bemühte, gegebenen Falles ungesäumt in die Praxis zu übersetzen. Und doch mit Unrecht: Denn so naheliegend und so logisch die Folgerungen schienen, so falsch sind sie im Grunde, da sie sich über die praktischen Verhältnisse hinwegsetzten, und diese Letzteren führen, wie ich glaube darthun zu können, zu ganz anderen Forderungen für die Praxis.

Theoretisch erscheint es selbstverständlich richtig, dass sowohl die Beschwerden mit der vollendeten Expulsion der Gallensteine aufhören, als auch die Cholecystitis und Cholangitis ausheilen, die wir heute als unumgängliche Aetiologie der Gallensteine auffassen und die die Bildung weiterer Concremente begünstigen.

Es lassen sich schon gegen die theoretische Prämisse einige nicht unwesentliche Einwendungen machen:

Erstens: Es sind die Beschwerden bei Cholelithiasis — von der irregulären ganz abgesehen — sogar Kolikanfälle gar nicht ausnahmslos an Steine und Steinwanderungen gebunden. Es muss betont werden, dass gar nicht so selten Fälle vorkommen, bei denen das Bild der Gallensteinkolik vorgetäuscht wird, ohne dass es sich wirklich um Gallensteinkolik mit Steinwanderung handelt, sondern vielmehr um eine Cholecystitis. — „Solche Fälle von Cholecystitis können im Rahmen einer Gallensteinkolik bleibend zum Ablauf kommen. Nach wenigen Tagen hören die Schmerzen auf, die Gallenblase schwillt ab, Icterus und Fieber — falls sie bestanden — verschwinden. Dann bleibt es oft bei der Diagnose: Gallensteinkolik" (Naunyn).

Zweitens: Wenn auch vorhandene Concremente sicher einen starken, entzündungsunterhaltenden Reiz ausüben, so darf man doch nicht vergessen, dass die Entzündung im Anfang doch ganz unabhängig von den Concrementen, ohne dieselben, die doch erst ihr Product sind, bestand. Im Moment selbst völliger Expulsion ist doch noch

nicht zugleich die ätiologische Entzündung erledigt, sondern diese besteht zunächst doch noch ruhig weiter, wenn auch zugegebenermassen eine Milderung, ja schliessliche völlige Ausheilung näher gerückt sein mag. Es erscheint die Möglichkeit eines baldigen, echten Recidivs nicht nur theoretisch vorhanden, sondern ein solches ist auch des öfteren faktisch beobachtet und bewiesen worden. Dies kann um so weniger überraschen, als die Formation von Gallensteinen ein Vorgang ist, der thatsächlich nur verhältnissmässig kurze Zeit in Anspruch nimmt.

Trotz dieser Einwendungen und Einschränkungen stehe indessen auch ich selbstverständlich nicht an, die Entfernung aller Gallensteine — das Wort „aller" ist zu betonen — als etwas sehr wesentliches anzusehen, als einen Factor, vor allem Anderen geeignet, eine wirkliche Ausheilung der krankhaften Processe oder wenigstens einen Zustand praktischer Heilung — den der Beschwerdelosigkeit — herbeizuführen.

Aber in der Praxis ist diese Austreibung aller Gallensteine so gut wie immer ein Ding der Unmöglichkeit oder mit Gefahren verknüpft, die diesen Weg als eine Austreibung des Teufels durch Beelzebub und die operative Entfernung als den minder gefährlichen erscheinen lassen.

Diese Unmöglichkeit und diese Steigerung der Gefahren durch forcirte Steinabtreibungsversuche nimmt nur Der leicht, der sie nicht kennt.

Von den Schwierigkeiten, die sich einer völligen Expulsion der Gallensteine entgegenstellen, ist zunächst die grosse Anzahl der Steine zu nennen. Nur in einer verschwindenden Minorität der Fälle gelangt die Gesammtzahl der Concremente, die bekanntlich mehrere Hundert betragen können und oft genug betragen, zur Ausstossung. Und es ist dies ja auch kein Wunder. Die Gallenblase, vollgestopft mit Steinen und Sitz einer andauernden Entzündung, erleidet Veränderungen ihrer Wandungen, von denen eine augenfällige auch eine makroskopische Verdickung der Wandungen ist. Diese Verdickung bedeutet aber, wie bekannt, nicht eine Hypertrophie der Muscularis und demgemässe Steigerung der expulsiven Kraft, sondern vielmehr diffuse, fibröse Veränderungen durch alle Wandschichten und demgemäss eine Einbusse an motorischer Potenz, die an sich schon verhindert, dass die tieferen Theile des gefüllten Sackes entleert werden können.

Diese Veränderung der Wandung findet sich wie bei dilatirten so auch bei geschrumpften Gallenblasen.

Es soll nicht geleugnet werden, dass es Fälle giebt, in denen eine Totalaustreibung der Gallensteine stattfindet, jedoch ist dies nur eine ganz verschwindend minimale Anzahl. Darüber sind sich heute Alle einig.

Ein zweiter Factor ist die Grösse der Widerstände, die die Steine auf ihrer Wanderung zu überwinden haben.

Das Lumen des Cysticus ist ein sehr geringes. In einen normalen Cysticus kann ein Concrement, selbst nur von Hanfkorngrösse, nur mit grosser Gewalt hineingedrückt werden. Ferner beschreibt der Ductus cysticus kurz vor seinem Abgang aus dem Blasenhals eine Krümmung gegen den Fundus der Gallenblase hin und ist mit dieser entweder verwachsen oder durch eine Art kurzen Mesenteriums an diese eng angeheftet. Auch enthält er eine zwar längs verlaufende, aber korkenzieherartig gedrehte Schleimhautfalte. Bei bedeutender Ausdehnung der Gallenblase durch Steine muss daher zu dem schon erschwerenden Factor der angeborenen Enge des Ganges noch der zweite einer Compression von aussen her durch die Blase hinzutreten.

Der Choledochus ist weiter, aber sein Ostium duodenale bietet dafür ein bedeutendes Hinderniss, das schwer zu überwinden ist. Die Papille ist verhältnissmässig unnachgiebig. Nun ist es ja allerdings richtig, dass die Wandungen der grossen Gallengänge einerseits im Leben weit dehnbarer als nach dem Tode sind und andererseits wiederholte Durchtreibungen von Steinen, womöglich verbunden mit länger dauernder Gallenstauung, auch eine chronische Erweiterung der grossen Canäle oft bedeutenden Grades setzen. Aber dies hervorgehoben und sogar zugegeben, dass selbst die Papilla duodenalis, wie Naunyn nicht ohne Widerspruch behauptet, gleichfalls relativ dehnbar sei, so steht doch das fest, dass Steine, die über erbsengross sind, auf keinerlei Weise passiren können. Wenn von chirurgischer Seite (Löbker)[2]) das Passiren eines noch etwas grösseren Steines durch die Papille mitgetheilt wird, so ist dabei die begleitende Bemerkung nicht zu übersehen, dass die Papille sich in einem derartigen Zustand geschwüriger Zerstörung befand, dass die operative Entfernung diesem Entfernungsversuch der Natur unbedingt als das Gefahrlosere vorgezogen werden muss.

In seiner „Klinik der Cholelithiasis" glaubte Naunyn als Grenze der Passagemöglichkeit noch Haselnussgrösse angeben zu sollen. In der Düsseldorfer Discussion reducirte er seine diesbezüglichen Angaben auf Steine von Erbsengrösse. Steine, die grösser sind, passiren nicht auf natürlichem Wege ins Duodenum.

Die Möglichkeiten des weiteren Verhaltens solcher grösserer, nun im Cysticus oder Choledochus befindlichen Steine sind folgende:

Erstens: Die Steine bleiben dauernd eingeklemmt.

Sie können in dieser Situation ganz beschwerde- und harmlos für den Träger bleiben oder sie bewirken entzündliche oder geschwürige Veränderungen an der Schleimhautstelle, an der sie eingebettet sind, oder — mit oder ohne Geschwüre — sie wirken total obstruirend und rufen ein dauerndes und vollkommenes Hinderniss für den Gallenabfluss, chronischen Icterus hervor, zu dessen Beseitigung, wenn interne Curen erfolglos waren, der Chirurg hinzugezogen werden muss.

Zweitens: Die Steine gehen durch Fisteln ab.

Besonders ist hier die Communication zwischen Choledochus und Zwölffingerdarm, die Choledochoduodenalfistel zu erwähnen. Wenn auch Naunyn Recht hat, wenn er in dieser Fistelbildung ein recht zweckmässiges Conamen sanandi naturae sieht, so ist doch zu bemerken, dass die Bildung der Fistel selbst kein so ganz harmloser Vorgang ist. Es hängt von der Brüskheit des Durchbruchs ab, ob vorher durch Verklebungen und Verwachsungen die Bauchhöhle genügend abgeschlossen und vor Infectionen geschützt ist. Trifft dieses naturgemässe Bedenken schon für die Choledochoduodenalfistel — diese in der That einfachste und mit dem geringsten Aufwand von Verklebungen zu ermöglichende Fistel — zu, so ist dies noch weit mehr der Fall bei den Communicationen zum Pylorus und zum Quercolon. Ganz abgesehen davon, dass auch Perforationen in der Lebersubstanz, selbst mit nachfolgender Abscessbildung daselbst möglich sind.

Drittens: Es erfolgt ein Durchbruch in kein Nachbarorgan, sondern in die Bauchhöhle mit seinen bekannten Folgen.

Wer wollte zu entscheiden wagen, welche Communication im gegebenen Falle sich anbahne und mit welcher Intensität der pathologische Process sich abspiele? Wer kann wissen, wie gross die Steine sind, die man sich anschickt, in Bewegung zu setzen? Wer kann mit gutem Gewissen bei diesem Tappen in ägyptischer Dunkelheit eine Massnahme befürworten, die, wie ein forcirter Abtreibungsversuch, alle Chancen für eine Verschlimmerung der Situation, ja erst ein Schaffen von

[2]) Mittheilungen aus den Grenzgeb. l. c.

Gefahren aus einer bisher relativ harmlosen heraus in sich birgt und so gut wie keine Chance hat, eine Heilung herbeizuführen?!

Man wird vielleicht einwenden: Aber, wenn man bei vorhergegangenen Abgängen — theils freiwilligen, theils erzwungenen — nur lauter kleine Concremente vorfand, ist man da nicht, wie es in der That von vereinzelter Seite geschehen, zu dem Wahrscheinlichkeitsschluss berechtigt, es handle sich in diesem Fall auch bei den zurückgebliebenen Steinen nur um Bildungen von solcher Kleinheit, dass die Passage durch die Gallengänge anstandslos erfolgen würde? Hat man in solchen Fällen nicht die Verpflichtung, die günstige Chance totaler Expulsion durch alle bekannten Steinabtreibungsmittel auszunutzen?

Die Antwort lautet, dass dieser Wahrscheinlichkeitsschluss durch nichts gerechtfertigt und ein völlig willkürlicher ist. Die praktische autoptische Beobachtung ergiebt, dass bei einer bedeutenden Vielheit von Gallensteinen sich neben noch so vielen kleinen, so gut wie regelmässig, eine ganze Anzahl von grösseren und grossen Steinen vorfinden. Ueberdies ist bei längerer Dauer der Cholelithiasis, wenn es sich um viel Steine handelt, die Gallenblase selbst — wie schon angedeutet — in einer grossen Reihe von Fällen derartig verändert und in ihrer Muskelkraft geschädigt, dass selbst bei durchgehends kleinen Steinen eine völlige Entleerung des Sackes durch Einbusse der mechanischen Kraft unmöglich ist.

Ein zweiter Einwand könnte der sein: Wie aber, wenn die Gallensteine nur in den grossen Gallengängen und dort autochthon entstanden sind, Fälle, in denen wir also auf Muskelkraft der Gallenblase gar keine Rücksicht zu nehmen brauchen und in denen die Steine erfahrungsgemäss klein sind, Fälle, in denen überdies die Steine als fast reine Bilirubinkalksteine ein besonderes, diagnosticirbares Stigma haben? Wäre hier nicht eine Abtreibungscur chancenreich und deshalb angezeigt?

Es ist hierauf folgendes zu erwidern: Dass Gallensteine nur in den grossen Gallengängen entstehen, ist ein sehr seltenes Vorkommniss, in knapp 2 pCt. der Fälle sich ereignend; dass Gallensteine in den Gallengängen neben Steinen in der Gallenblase sich bilden, ist ein häufigeres Ereigniss. Gewöhnlich sind in den Gallengängen vorgefundene Steine dort nicht entstanden. Sie stammen aus der Blase und sind, wenn sehr gross angetroffen, am Fundort nur gewachsen.

Es ist daher, selbst aus dem Abgang reiner Bilirubinkalksteine und selbst, wenn man diese als höchstwahrscheinlich in den Gängen entstanden ansieht, kein weiterer Schluss zu ziehen, als dass auch in den Gallengängen Concremente entstanden sind. Ein Schluss auf ein Freibleiben der Gallenblase von Neubildungen ist ebenso wenig gerechtfertigt, wie ein solcher auf die Grösse der Concremente. Für die ganz kleinen in den Gallengängen liegenden, in ihnen entstandenen oder in sie hineingeschwemmten Concremente bedürfen wir übrigens auch gar keiner Abtreibungscur. Diese werden, wie tausendfältige Erfahrung zeigt, einfach mit dem Gallenstrom und der normalen Peristaltik der Gallengänge herausgeschwemmt, meist mit gar keinen, oft nur mit sehr geringen unbestimmten Beschwerden, die nicht in dem bekannten Bilde der Gallensteinkolik auftreten.

Es giebt aber, wird vielleicht als Drittes eingewendet werden, Solitärsteine, mit deren Abgang in der That eine völlige Expulsion der Gallensteine stattgefunden hat. Wenn man auch zugiebt, dass diese Solitärsteine selten seien, so sei doch eine energische Abtreibungscur im Hinblick auf diese Möglichkeit nicht ungerechtfertigt.

Es genügt demgegenüber ausser dem Hinweis auf die relative Seltenheit die Bemerkung, dass die Solitärsteine meist gerade zu den grössten Bildungen gehören, von einer Grösse, die ein Passiren per vias naturales ganz indiscutabel macht und die κατ' ἐξοχήν nur durch Fisteln ins Duodenum oder andere Darmtheile gelangen können.

Also, um es noch einmal hervorzuheben, der völlige Abgang der Steine ist etwas praktisch so gut wie nie zu Erreichendes, und eine partielle Abtreibung ist eine Bruchstückarbeit, die weder die Mühe noch die Schmerzen verlohnt, die wir dem Patienten auferlegen, ganz abgesehen von dem unbekannten Gefahrenrisico, in das wir in jedem einzelnen Fall unsere Klienten verwickeln und für das wir schon deshalb eine Verantwortung zu übernehmen keine innere Berechtigung haben, weil wir diesen Gefahren — oder im besten Fall Schmerzen, Mühen, Geldaufwendungen — kein Aequivalent wahrscheinlicher Heilung gegenüberstellen können, nicht einmal längerer Beschwerdelosigkeit.

Man hat, um diesen Punct zu berühren, die Expulsion der Gallensteine als causale Therapie hingestellt, aber dies ist nur zur Hälfte richtig. Wir müssen uns doch erinnern, dass die Cholelithiasis als Krankheit für uns eigentlich weder mit der Gallensteinbildung anfängt, noch damit aufhört, sondern dass die eigentliche Aetiologie für die Concrementbildung und das die Koliken Ueberdauernde eben ein infectiöser, steinbildender Katarrh der Gallenblase und der Gallengänge ist. Dieser Katarrh ist, wie wir wissen, als verursacht anzusehen durch die zur Gruppe Bacterium coli gehörigen Mikroorganismen[3]).

Ein streng causales Heilverfahren hat also in erster Reihe die Beseitigung des Katarrhs anzustreben.

Nun ist es richtig, dass die durch den Katarrh gebildeten Fremdkörper im Circulus vitiosus zur weiteren Unterhaltung des Katarrhs sicher viel beitragen und demgemäss ebenso ihre Entfernung wesentliche Chancen zur Ausheilung giebt. Aber im Grunde muss man, wie schon eingangs bemerkt ist und hier wiederholt werde, eingedenk sein, dass der Katarrh schon vor der Formation von Gallensteinen bestand und auch noch nach ihrer Abtreibung vorläufig weiter besteht, und dass somit die Entfernung aller Gallensteine, selbst mit einem Mal — gleichgiltig ob intern oder operativ — sicherer den Effect des Katarrhs und den secundären Anlass zu Beschwerden, als den eigentlichen Processus peccans beseitigt.

Trifft dies schon bei dem Theorem gleichzeitiger totaler Concrementexpulsion zu, so ist es noch weit mehr der Fall bei der praktischen Unmöglichkeit, diese beste der Bedingungen, intern behandelnd, zu schaffen. Hier verschlimmern wir durch länger fortgesetzte Abtreibungscuren auch die causalen Verhältnisse. Im besten Fall nützen wir nichts. Wir müssen uns die Thatsache ins Gedächtniss rufen, dass dieser ätiologische Katarrh an sich, wenn er auch langdauernd, doch nicht immer ein ewiger ist, sondern, sich selbst überlassen, in vielen Fällen schliesslich ausheilt. Wir wissen durch Naunyn's klassische Forschungen, dass in vielen älteren Fällen die Galle wieder steril gefunden ist, dass das Bacterium coli nach einer gewissen Zeit abstirbt, eingeht. Erregen wir nun bei bestehendem Katarrh bewusst eine Steinwanderung, so ist die Verschleppung inficirter Galle durch Rückstauung in bisher nicht inficirte Gebiete sehr naheliegend, eine Steigerung der Inflammation der Gallenblase desgleichen. Ferner ist es ein Factum, dass die Steinwanderung ins Duodenum einer neuen Mikroorganismeninvasion vom Zwölffingerdarm her Thür und Thor öffnet, also bei erloschenem Katarrh

[3]) Der Katarrh ist an sich nicht eitrig. Eitrig wird er nur durch Hineingelangen von Staphylo- und Streptococcen.

die nahe Möglichkeit einer Restitutio in peius bedeuten würde.

Es kann folgendes eingewendet werden: Alle Forscher sind darüber einig, dass die erste Vorbedingung zur Entstehung eines bacteriellen Katarrhs in einer Stauung des Gallenflusses zu sehen ist, deren Ursache allerdings im speciellen Fall nicht immer durchsichtig ist. Also ist eine Beförderung des Gallenflusses eine richtige, auch ätiologisch treffende Massnahme und die Anwendung von Cholagogis indicirt.

In der That eine ausgezeichnete und wirklich ätiologisch wirkende Massnahme, aber in erster Reihe prophylaktisch wirkend, verhindernd, dass ein guter Boden für einen etwaigen späteren Katarrh vorbereitet werde. Indess auch bezüglich der Heilung eines bestehenden Katarrhs werden Cholagoga von guter Wirkung sein, wird man sagen. Ein regelmässiger und sogar gesteigerter Gallenstrom wird eine schnelle Ausscheidung inficirter Galle im Gefolge haben, an ihre Stelle gesunde treten lassen und den Katarrh zur Ausheilung bringen.

Gewiss! Nur, meine ich, soll man zu vermeiden suchen, dass Steinwanderungen durch die Anwendung von Cholagogis direct oder indirect erregt werden; denn Steinwanderung schadet meiner Meinung, da doch keine völlige Entleerung erreicht wird, bezüglich des Katarrhs mehr, als die Anregung des Gallenstroms nützt. Bei Anwesenheit von „stets herdenartig auftretenden" Steinen in der Gallenblase ist die schnelle Circulation der gestauten inficirten Galle und ihr schneller Ersatz durch frische auch mehr Theorie als praktisches Ereigniss. Und wenn dieser Ersatz nicht schnell geht, recht schnell sogar, so wird die neu eintretende Galle ebenfalls inficirt und es ist nichts gewonnen.

Es sei überdies an das Ebengesagte erinnert, dass dieser Katarrh auch eine gewisse Neigung hat, von selbst auszuheilen, wenn man ihn und die Gallenblase in Ruhe lässt. Da, meine ich, ist es bei Abwägung aller Factoren besser von der Anwendung der Cholagoga in irgend stärkerem Grade abzusehen, um so mehr, als sie alle nicht sicher sind, selbst die besten, wie Salicylate und die gallensauren Salze, vom Olivenöl gar nicht zu reden, als sie alle mehr oder minder appetitverderbend sind, und um so mehr als die erstrebte cholagoge Wirkung — wie mit Recht immer wieder betont wird und betont werden muss — am massvollsten, sichersten und angenehmsten durch eine gemischte Mahlzeit erreicht wird.

Aber, seien wir ehrlich, man hat sich bei der Anwendung der Cholagoga ja gar nicht mit dem Wollen in dem eben geschilderten Rahmen begnügt; man hat die Cholagoga vornehmlich als Abtreibungsmittel von Steinen angewandt, im Gedanken an eine zu erzielende Steigerung des Gallendrucks in den kleineren und grösseren Gallengängen, und die Propheten der einzelnen Mittel haben auch nie verfehlt, abgegangene Concremente als Corpus delicti des angestrebten und erreichten Erfolges triumphirend zu demonstriren. Steinabtreibend, um diesen umstrittenen Punct hier zu berühren, können die Cholagoga als Cholagoga aber eigentlich gar nicht wirken. Die besten Cholagoga bewirken eine wirkliche Vermehrung der Gallensecretion, aber von der supponirten dauernden, grösseren Drucksteigerung im Gallengangsystem kann keine Rede sein, weil — wie Naunyn schon schlagend hervorhebt — bei einem irgendwie wesentlich übernormalen Druck in den Gallenwegen keine Secretion von Galle mehr statthaben kann, vielmehr die bereits secernirte resorbirt wird. Wenn die Cholagoga wirklich steinbewegend wirken, so liegt es in der Abführwirkung dieser Mittel. Wir wissen, dass die Peristaltik der Gallenblase und der grossen Gallengänge durch die Peristaltik des Duodenums reflectorisch ausgelöst wird. Eine besondere Indication für die Anwendung echter, gallentreibender Mittel indess ist die völlige Obstruction des Choledochus. Vermehren wir hier die Menge der hinter dem Stein angestauten Galle für längere Zeit, so wird hier zwar ebensowenig wie in anderen Fälle eine wesentliche Drucksteigerung eintreten; aber die mässige genügt, um oft eine beträchtliche bleibende Erweiterung der Gallengänge hervorzurufen. Diese ist für eine günstigere Umlagerung des Steines, die Wiederherstellung eines partiellen Gallenabflusses oft von practisch wesentlicher Bedeutung.

Nehmen wir den Gedankengang unserer Betrachtung noch einmal auf: Wir haben gesehen, dass die bisherige Art interner Gallensteinbehandlung so gut wie keine Chance gewährt, zur Erreichung befriedigender Dauerresultate, weder nach dem Gesichtspunct causaler noch dem symptomatischer Therapie. Wir müssen uns eben damit resigniren, dass die Gallensteinkrankheit durch interne Mittel geheilt — im eigentlichen Sinne — überhaupt nicht werden kann. Es ist zuzugestehen, dass die Chirurgie hierzu durch die einzeitige und totale Entfernung aller Concremente viel bessere Bedingungen schafft, wenn allerdings auch sie keine sichere Heilung des concrementbildenden Processes gewährleistet, wie die Recidive nach Operationen beweisen.

Die Besserungen und anscheinenden Heilungen, die in so reicher Zahl bei interner Behandlung im Sinne von Abtreibungscuren verzeichnet werden, sind keine eigentlichen Heilungen. Die Besserungen sind als zu Stande gekommen anzusehen ohne und sogar trotz dieser Massnahmen. Ungerechtfertigterweise hat man Abtreibungscuren Erfolge gutgeschrieben. Nur Verschlimmerungen, die im Verlaufe von Abtreibungscuren oder im *Anschluss* daran vorkommen, sind mit Recht auf ihr *Conto zu* setzen.

Es ist eigentlich schwer verständlich, *wieso* diese ganzen eben geschilderten Verhältnisse so lange Zeit unberücksichtigt oder verkannt bleiben konnten und nicht der practisch richtige, sehr naheliegende und sehr einfache Weg interner Behandlung eingeschlagen wurde, zumal doch zwei Reihen von Facten längst vorhanden und bekannt waren, welche auf diesen Weg hinwiesen.

Die eine Reihe der Facten besteht in den grossen Statistiken der Häufigkeit von Gallensteinen, die aus dem Sectionsmaterial bedeutender Krankenhäuser während längerer Zeitabschnitte gewonnen worden sind und die in ihren Ergebnissen gut übereinstimmen. Diese lehren, dass bei jedem zehnten zwischen 30 und 55—60 Jahren Verstorbenen sich Gallensteine vorfinden; bei Greisen über 60 Jahren in jeder vierten Leiche[4]). Und in einer sehr grossen Zahl der Fälle ist das sicher ein zufälliger Befund gewesen, die Kunde von einem pathologischen Process, der während des Lebens des Besitzers sich diesem durch keinerlei Anzeichen verrathen hatte. Dieser letztere Punct stimmt auch mit unseren ärztlichen Erfahrungen überein; denn wohl Keiner von uns hat durchschnittlich jeden vierten Patienten von 60 Jahren an Gallensteinen zu behandeln, während wir wissen, dass er nach der Statistik dringend verdächtig ist, im glücklichen Besitz von solchen zu sein.

In demselben Sinne spricht auch die zweite Reihe von Thatsachen, die einfach aus tausendfachen Beobachtungen der Praxis sich ergeben: Die symptomatische Latenz der Cholelithiasis und die absolute Beschwerdelosigkeit des Trägers oft für lange Jahre, viele Jahrzehnte.

---

[4]) Brockband-Manchester traf bei Frauen über 60 Jahren — das weibliche Geschlecht hat bekanntlich ganz besondere Disposition zur Cholelithiasis — in jedem zweiten Falle Concremente an.



Man kann kaum einen Aufsatz über Cholelithiasis lesen, ohne auf dieses Accidens hingewiesen zu sehen. Aber es ist meist das Schicksal dieses Factums gewesen, dass in der allgemeinen Praxis die Latenz verkannt, und, nach einem eventuell multiplen Steinabgang infolge vorangegangener Kur als Heilung ausgegeben wurde. Aber auch in den Fällen, in denen dieser Zustand richtiger gewürdigt war, wurde der therapeutisch principiell wichtige Gesichtspunct der Latenz nicht erfasst und verwerthet. Wenn eine grössere oder kleinere Reihe von Gallensteinkoliken irgendwo erfolgte, glaubte man immer in einer Abtreibungskur die besten Chancen für spätere Ruhe und Beschwerdelosigkeit zu sehen.

In Wahrheit aber muss das ganze Streben unserer internen Therapie darauf gerichtet sein, die wichtige Lehre des eben Geschilderten ziehend, die Cholelithiasis latent zu erhalten und, wo sie aus dieser Latenz hervorgetreten, wieder in dieselbe zurückzuführen. Das ist der Kernpunct der Sache.

Seit einer Reihe von Jahren sind mir diese Anschauungen geläufig und habe ich danach die mir vorkommenden Fälle von Gallensteinkrankheit behandelt. Wenn sich ihre Zahl auch nicht mit den grossen Beobachtungsreihen vielbeschäftigter Karlsbader und anderer Collegen vergleichen lässt, so ist es doch im Laufe der Zeit eine ganz stattliche Anzahl geworden, welche die Bildung eines Urtheils gestattet. Mit grosser Freude und Befriedigung ersah ich, dass dieser Standpunct der Behandlung, diese Auffassung des praktischen Problems unserer internen Cholelithiasistherapie auch auf dem Düsseldorfer Congress getheilt wurde, so von Herrmann-Karlsbad und Naunyn, dessen dort beschriebene Art von Karlsbader Kur, im Princip wie im Detail ganz der von mir — unabhängig von ihm — geübten Behandlung entspricht. Naunyn sagt im Schlusswort der Düsseldorfer Discussion: „Es ist kein wahreres und wichtigeres Wort in dieser ganzen Discussion gesprochen worden, wie das von Herrmann, der geradezu sagt, die hauptsächlichste Aufgabe der internen Therapie sei es, das Gallensteinleiden nicht sowohl zu „heilen", als in den Zustand von Latenz zurückzuführen, in dem es von so vielen Menschen getragen wird — ohne Beschwerden und ohne Schaden".

Auch in der neuerlich erschienenen Abhandlung von Joh. Müller[5]) wird es direct ausgesprochen: „Das Hauptziel der internen Therapie ist ja, eine Latenz zu erreichen; erst in zweiter Linie und in besonderen Fällen suchen wir die Austreibung von Steinen zu unterstützen".

Das ist also, wie gesagt, das moderne praktische Problem, das gelöst werden soll und auch ganz gut lösbar ist. Wie schon angedeutet, ist die Aufgabe eine doppelte. Erstens müssen wir darauf ausgehen, bei den Patienten, die durch einen oder mehrere frühere Anfälle als gallensteinkrank ausgewiesen, zur Zeit aber beschwerdefrei sind, die bestehende Latenz des Leidens möglichst weiter zu erhalten. Zweitens müssen wir versuchen, in denjenigen Fällen, in welchen der Patient gegenwärtig durch anhaltende Beschwerden gequält wird, die Latenz wieder herbeizuführen.

Wir wissen, dass bei einer Häufung von Koliken eine Steigerung der entzündlichen Vorgänge im Gallengangsystem, ein Aufgepfropftsein acuter Entzündung auf die chronische statthat. Das beste Mittel, diese acute Inflammation und die Neigung zu Steinwanderungen zu beseitigen, ist Ruhe. Ich lasse solche Patienten eine directe Ruhecur durchmachen. Das ist nicht dasselbe, wie die Verordnung kurzer Ruhe, die von Alters her und mit Recht bei jeder einzelnen Gallensteinkolik geübt und die nach völligem Ablauf der einzelnen Kolik wieder aufgehoben wird, sondern, was ich meine, ist eben, wie gesagt, eine Ruhecur von mehreren Wochen. Dieselbe wird in schwereren Fällen die ersten 8—10—14 Tage durchaus im Bett durchgemacht. Dann tritt bei Nachlassen oder bereits eingetretenem Verschwinden der acuten Beschwerden bei ihnen, wie bei leichteren Fällen von Anfang an, an die Stelle der Bettruhe Liegen auf weichen, bequemen Fauteuils in leichter, nicht beengender Kleidung — wenn es die Jahreszeit und äussere Umstände gestatten, auf weichen, bequemen Liegesesseln im Freien.

Ich lege auf das Innehalten einer mindestens achttägigen andauernden und absoluten Ruhe bei Beginn der Behandlung nach frischen Anfällen einen principiellen Werth. Der Uebergang aus dem Bett auf das Sopha oder den Gartenfauteuil ist insofern schon eine Milderung dieser Forderung, als bei diesen Liegegelegenheiten erfahrungsgemäss die Ruhe nicht so stricte innegehalten wird.

Dann kommen — bei leichteren Fällen also in der zweiten bis dritten, bei schwereren in der dritten bis vierten Woche — während weiterer 8—14 Tage Verordnungen von Ruhe für je ca. 3 Stunden Vormittags und Nachmittags, in der Zwischenzeit mit leichten körperlichen Bewegungen, kleinen, nicht anstrengenden Spaziergängen etc.

Das ist aber selbstverständlich kein starres Schema.

Für mich ist bei unseren Bestrebungen, länger dauernde Latenz anzubahnen und wiederherzustellen, die Ruhe so sehr das wirksamste Agens, das Eigentlichste der Therapie, dass ich absichtlich hier dieses Moment ganz in den Vordergrund gestellt habe, losgelöst von Allem; denn alles Andere ist nur Beiwerk, sehr angenehmes, unterstützendes, wichtiges — aber eben nur Beiwerk.

Zu diesen werthvollen Unterstützungsmitteln gehören warme Kataplasmen, Trinkcuren, Diät und einige andere Massnahmen.

Auch die Naunyn'sche „Karlsbader Kur" ist im Grunde eine Ruhekur, dementsprechend, was ich das leichtere Regime nenne. „Ich lasse", beschreibt er sie, „die Kranken durch 3—4 Wochen zweimal täglich je 3 Stunden, d. h. von $^1/_2$9 bis $^1/_2$12 und von 3 bis 6 liegen und grosse, dicke Kataplasmen von Leinsamenbrei auflegen. Dabei werden Vormittags und Nachmittags jedesmal 3—4 Gläser (à 100 Grm.) Karlsbader Wasser getrunken — viel besser das künstliche Wasser! — aber durchaus nicht Lösungen von Karlsbader Salz".

Neben der Ruhe verdienen warme Kataplasmen auf die Lebergegend als wichtiges Unterstützungs- und Beruhigungsmittel Erwähnung. Die angenehmste Art der Kataplasmen sind die modernen Thermophore, wenn sie nicht zu schwer empfunden, besonders für Benutzung während des Liegens im Freien. Die warmen Umschläge werden je 2—3 Stunden Vor- und Nachmittag angewandt. Erwähnen möchte ich, dass ich im letzten Sommer in meinem Hause in drei schweren Fällen das sehr intensiv wirkende Fango ca. 4 Wochen lang täglich für nur eine Stunde als Kataplasma zur Anwendung brachte und constatiren muss, dass ich mit dem Erfolg ausserordentlich zufrieden bin.

Das Trinken von warmen Natronwässern und insbesondere der warmen glaubersalzhaltigen Natronwässer, deren vornehmster Repräsentant Karlsbad ist, ist nach allgemein ärztlicher Erfahrung von unbedingt günstigem Einfluss auf den Verlauf der Cholelithiasis. Die Wässer

[5]) Docent Joh. Müller, Würzburger Abhandlungen, 1. Band, Heft 2.

wirken katarrhheilend, also — wie Herrmann mit Recht betont — Latenz herbeiführend.

Wieso diese Wirkung des Genaueren zustande kommt, sei hier um so weniger erörtert, als gerade diese Frage noch eine sehr dunkle ist und sehr verschieden beantwortet wird. Nur so viel sei bemerkt, dass es jedenfalls nicht eine steinabtreibende Wirkung ist, die hier in Betracht kommt. Der Einfluss als Cholagogum ist ein umstrittener, jedenfalls nur mässiger. Auch die purgative Wirkung kann es nicht sein, die allein den günstigen Effect hervorruft. Purgantia wirken steinwanderungserregend und so sehr für die Herbeiführung der Latenz eine reguläre Darmfunction von Wichtigkeit ist, so sehr wird die Erreichung dieses Zieles durch übermässige Darmfunction verhindert. Ich finde auch bei Naunyn bei der Beschreibung seiner „Karlsbader Kur" diesen letzteren Gedanken zwischen den Zeilen. Auch er räth, die Menge des Karlsbader Wassers einzuschränken, wenn die verordnete Zahl von 6—8 kleinen Gläsern pro die „zu viel" würde, das heisst doch wohl, wenn diese Dosis eine stärker laxirende Wirkung ausübe. Von unbestrittenem Werth scheint die hohe Temperatur der Quellen zu sein.

Indess gleichgiltig, welcher Factor resp. welche Summe von Factoren wirksam sei — die Thatsache günstiger Beeinflussung steht fest, und das ist die Hauptsache. Es wäre eine Unterlassungssünde, bei einer gegen Cholethiasis gerichteten Kur sich dieses grossen und altbewährten Hilfsmittel begeben zu wollen; nur möchte ich, ohne Karlsbad, Vichy etc. irgendwie zu nahe zu treten, den Satz von der Wirksamkeit von Trinkkuren dahin erweitern, dass auch andere als die bisher genannten Quellengruppen — wenn richtig verwandt — dieselben günstigen Erfolge zeitigen. Wenigstens kann ich sagen, dass ich mit der Unterstützung, die mir der Homburger Elisabethbrunnen — also eine Kochsalzquelle — warm genommen bot, ausserordentlich zufrieden war. Auch Hermann sagt, er zweifle gar nicht, dass ähnliche oder ganz gleichwerthige Beobachtungen, wie in Karlsbad, auch an anderen durch ärztliches Urtheil als bei Cholelithiasis wirksamen Quellen zu Tage treten dürften. Naunyn capricirt sich ebenfalls nicht auf die reinen Natron- und Glaubersalzwässer; er geht sogar soweit, zu sagen, dass auch reines, heisses Wasser, kurmässig genommen, in der Behandlung der Cholethiasis gute Dienste leistet. Ich schätze Trinkkuren, vorsichtig und frei von der Absicht jeder extremen Wirkung geleitet, wie gesagt, selbstverständlich gleichfalls sehr hoch, aber möchte nochmals betonen, dass die wichtigste Massregel zur Wiederherstellung der Latenz bei acuter Inflammation und häufigeren Koliken systematische Ruhe ist. Vor die Alternative gestellt, die Ruhe oder die Trinkkur missen zu sollen, würde ich mich unbedingt für ein Aufgeben der Trinkkur entscheiden.

Was die Diät anbetrifft, so sei bemerkt, dass sie eine leichte, nicht zu stark gewürzte sein soll, ohne indess mit irgend welchen besonderen Vexationen der Entbehrung verbunden zu sein. Nur Alkohol, starken Kaffee lasse ich allerdings gern ganz meiden.

Ein wichtiger äusserer Punkt bei Diät ist die Kopiosität bei den Mahlzeiten. Es ist gerade für die Cholelithiasisbehandlung von vielen Seiten der merkwürdige Vorschlag gemacht worden, recht reichliche Mahlzeiten recht oft zu nehmen, ja von einer, in der Cholelithiasisfrage sehr geschätzten Seite wurde sogar eine Mahlzeit in der Nacht gefordert. Der Gedanke, aus dem diese Vorschläge sich herleiten, ist der, dass cholagog und steinabtreibend gewirkt werden müsse. Wie früher auseinandergesetzt, hat diese Vorstellung nur dann einen Sinn, wenn es sich um in den Gallengängen incarcerirte Steine handelt. Wer aber Latenz anstrebt, wird im Gegentheil den Patienten vorschreiben, darauf zu achten, dass sie sich nicht durch massige Mahlzeiten überladen und ungewollt durch stärkere Action von Magen und Duodenum und deren reflectorischen Einfluss auf die Gallengangperistaltik Steinwanderungen erregen.

Sodann müssen noch eine Reihe von Massnahmen allgemeinen Characters besprochen werden. Es ist selbstverständlich, dass die Kleidung eine leichte und nicht beengende sein muss. Gallensteinkranke Frauen dürften kein Corsett tragen. Ferner sei darauf hingewiesen, dass corpulente Gallensteinkranke, männliche wie weibliche, wirklich stützende und hebende Bauchbinden, wie bei Enteroptose, tragen sollten. Ich habe dies regelmässig angeordnet und bitte um Nachprüfung. Ich glaube, man wird allgemein so mit dem Nutzen dieser Verordnung zufrieden sein, wie ich.

Von vielen Seiten, in fast allen Lehrbüchern, finden wir starke Körperbewegung, grosse Spaziergänge, besonders Bergtouren, Reiten, Radfahren, Turnen, Massage der Lebergegend u. s. w. empfohlen — wieder in dem Gedanken cholagoger Wirkung.

Ich kann eigentlich nicht stark genug davor warnen. So sehr ich mässige, nicht mit Anstrengungen verbundene Körperbewegung schätze, so sehr sind alle Manipulationen zu meiden, die eine stärkere Erschütterung des Körpers besonders starke Action der Bauchpresse u. s. w. involviren und die unbedingt oft zu einer Verschiebung, zu einer Wanderung der Steine die mechanische Veranlassung geben.

Diese Schonung in Bezug auf körperliche Anstrengung, dieses möglichste Vermeiden aller äusseren Ursachen ist, wie leicht ersichtlich, auch nur eine Anwendung des therapeutischen Princips der Ruhe und daher für mich ein integrirender Bestandtheil des Regimes. Dieses Verhalten ist nicht nur für ein paar Wochen durchzuführen, während welcher man in umschriebener Kur eine Rückführung beschwerlich gewordener Gallensteine in Latenz anstrebt, sondern es gilt für immer, um die Latenz möglichst lange zu erhalten.

Kommt ein Patient mit gegenwärtiger Latenz und fragt, was er thun müsse, um, in diesem Stadium der Beschwerdelosigkeit zu bleiben, so ist, meine ich, Folgendes zu antworten: Während gleichzeitiger Beschäftigung im Beruf wird das eben geschilderte Verhalten in Bezug auf Diät und körperliche Arbeit genügen. Will er sommerliche Erholungszeit zu einer directen, gewissermassen prophylactischen Kur in einem Badeort benutzen, so ist es gut, den genannten Massnahmen eine leichte Ruhekur der geschilderten Art mit allen Behelfen hinzuzufügen.

Zwei Einwendungen wird man mir gegen diese Ausführungen machen können.

Erstens: Solche Kuren und solches Verhalten in Bezug auf äussere Anstrengung sind nur Wohlsituirten möglich, während sie den Minderbemittelten, dem Arbeiter und dem Handwerker, ganz unerreichbar sind.

Das ist richtig, aber nicht zu ändern. Es ist nun einmal der Fall, dass eine grosse Reihe von Krankheiten — ich erinnere nur an Herz-, Lungen-, Nierenleiden u. s. w. — bei Wohlhabenden einen ganz anderen milderen Verlauf und ein ganz anderes Krankheitsbild darbieten als bei den wirthschaftlich Schwachen, die nicht die Mittel zur Pflege haben und andererseits auch mit krankem Körper noch die drängende Sorge des Tages bekämpfen müssen. Für diese wird in der That in der hier interessirenden Frage öfter die Operation zur Beseitigung gegenwärtiger oder als Präventivmittel gegen drohende zukünftige Beschwerden in Frage kommen. Es existirt hier eben auch eine individuelle, soziale Indication zur Operation, wie es andererseits eine individuelle

von äusseren Verhältnissen abhängige Möglichkeit giebt, in vielen Fällen die Operation zu vermeiden.

Der zweite Einwand wird der sein, dass die Beschwerdelosigkeit, zu der man eine Krankheit zurückführt noch lange nicht auch eine gleichzeitige Bürgschaft für die Harmlosigkeit des Leidens bietet, und dass dies auch für die Cholelithiasis gelte. Auch in der Latenz bereiteten sich pericystitische Adhäsionen, Fistelbildungen u. s. w. vor; vor allem aber sei eine mit Steinen gefüllte Blase disponirt zur Entstehung von Gallenblasenkrebs. Das ist gleichfalls zutreffend. Die interne Therapie kann bei solchen Complicationen an Gallengängen und Gallenblase selbstverständlich ebensowenig leisten wie bei ähnlichen an anderen Organen. Es sind eben alle Cholelithiasiskranken mit einer gewissen Gefahrentara belastet; doch darf man sie, wie die Statistik lehrt, auch nicht übertrieben hoch veranschlagen. Immerhin ist hervorzuheben, dass ein Erhalten in Latenz einen geringeren Reiz und geringere Disposition zu solchen Complicationen setzt als ein forcirtes, womöglich wiederholtes, noch dazu immer unzulängliches Abtreibungsverfahren.

Es ist ja auch — wie in der Einleitung schon bemerkt — nicht der Zweck der gemachten Ausführungen, die Vortheile interner oder operativer Behandlungsart gegen einander abzuschätzen, Indicationen für die eine oder die andere aufzustellen. Sondern es sollte erörtert werden, welches das practische Problem interner Cholelithiasisbehandlung sei für die Fälle, in denen innere Behandlung in Frage kommt und welches der Weg der Lösung ist. Ich möchte meine Meinung hierüber noch einmal dahin zusammenfassen:

Das Problem heisst Erhaltung resp. Schaffung von Latenz, der Weg Ruhe.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Die Mechanik des Hörens und ihre Störungen. Von Dr. med. Gustav Zimmermann. Mit 4 Abbildungen im Text. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1900.

Die Theorien von Joh. Müller und von Helmholtz betrachteten bekanntlich die Gehörknöchelchenkette als den nothwendigen Schallzuleitungsapparat zum inneren Ohr. Zahlreiche in neuerer Zeit gemachte physiologische und pathologische Erfahrungen und klinische Thatsachen lassen sich aber mit diesen Theorien nicht in Einklang bringen; die Richtigkeit dieser Theorien wurde deshalb in Frage gestellt. An ihre Stelle stellt nun Zimmermann folgende geistreiche Lehre: Jeder Schall pflanzt sich direct durch die knöcherne Umhüllung des Labyrinthes auf die Nervenendigungen des Acusticus fort. Das Trommelfell mit den Gehörknöchelchen verhalten sich dabei völlig passiv und sind nur Schutzapparate für das Ohr. Durch allzustarke Schallwellen wird das Trommelfell nach innen eingedrückt, die Platte des Steigbügels übt dabei einen derartigen Druck auf das ovale Fenster und die Endolymphe der Schnecke aus, dass die Nervenendigungen in ihren molecularen Schwingungen beeinträchtigt werden. Der Musc. stapedius und Tensor tympani können ihrerseits diesen Druck aufs feinste abstufen; dadurch wird ein Abdämpfen der tiefen Töne zu Gunsten der höheren bewirkt und das Hinhorchen sowie die Absonderung der einzelnen Töne hierdurch ermöglicht. — Die Abhandlung des Verfassers ist sehr klar geschrieben und bietet eine Menge physiologischer und pathologischer Erörterungen, die Jeden interessiren müssen. Besonders wichtig ist sie aber für den Ohrenarzt, der aus ihr sehr beachtenswerthe Belehrungen auch für die Therapie der Ohrenkrankheiten schöpfen wird.

A. Sacher.

Dr. Laquer: Die Hilfsschulen für schwachbefähigte Kinder, ihre ärztliche und sociale Bedeutung. Mit einem Geleitwort von Prof. Kraepelin. Wiesbaden 1901. Bergmann.

Der Gegenstand, dem die Broschüre gewidmet ist, verdient die grösste Beachtung, nicht nur von Seiten der Aerzte, sondern auch von Seiten der Pädagogen. Bei uns ist in dieser Richtung noch so gut wie nichts geschehen; Familien, deren Kinder fallsüchtig, schwachsinnig oder idiotisch sind, werden auf die grössten Schwierigkeiten stossen, wo es gilt, solche Geschöpfe bei nicht reichlichen Mitteln erziehen zu lassen. In Deutschland steht Preussen in Bezug auf Errichtung solcher Anstalten obenan. Nachdem in Dresden 1867 die ersten Hilfsklassen gegründet waren, folgten bald ähnliche Institute an anderen Orten und augenblicklich haben schon 90 deutsche Städte derartige Hilfsschulen. Ein geeignetes Lehrermaterial hat sich überall gefunden. Der Lehrplan umfasst mehr praktische als wissenschaftliche Gegenstände und es wird grosser Werth auf kurz dauernden Unterricht mit genügenden Erholungspausen gelegt. Die Frankfurter Hilfsschule ist ein 6klassiges für sich bestehendes Institut, in dem diejenigen Schüler der städtischen Volksschulen Aufnahme finden, die in denselben dem Unterricht nicht haben folgen können. Genaue körperliche und geistige Ueberwachung der Lernenden durch den Schularzt nach sorgfältiger Untersuchung beim Eintritt ist Grundbedingung. Internate sollten bei allen derartigen Schulen geschaffen werden, dorthin würden dann alle Schwachsinnigen unterzubringen sein, während Epileptische, moralisch defecte Kinder und Idioten in besonderen Erziehungsanstalten Aufnahme finden sollten. Durch geeignete Schulung und Erziehung liessen sich viele Individuen vor Krankheit und Verbrechen retten und zu brauchbaren Staatsbürgern heranbilden.

Die Wichtigkeit und Dringlichkeit des Gegenstandes veranlasste den Referenten zu einer kurzen Inhaltswiedergabe der Schrift, die jeder Gebildete mit Interesse durchstudiren sollte. Den ausgesprochenen Grundsätzen und Ideen kann Ref. sich nur voll und ganz anschliessen mit dem Wunsch, dass auch in unserem Vaterlande bald ähnliche segensreiche Einrichtungen entstehen mögen!

Voss.

Traité médico-chirurgical des maladies du pharynx par E. Escat. Paris 1901. G. Carré et C. Naud, éditeurs.

Das vorliegende Werk des wohlbekannten Autors kann wohl als eines der ausführlichsten und besten auf dem betreffenden Gebiete bezeichnet werden. Es beginnt mit einer kurzen Beschreibung der Anatomie, Physiologie und Untersuchungsmethoden des Nasenrachenraumes, des mittleren und unteren Rachens, in der das klinisch Wichtige besonders hervorgehoben wird. Den Hauptheil des ca. 600 Seiten fassenden Werkes bildet die ausführliche Darstellung der verschiedenen Erkrankungen des Rachens und der Therapie derselben. Die Krankheitsbilder sind überaus klar und geradezu klassisch geschildert, die Differentialdiagnose überall genügend berücksichtigt, die Therapie kurz, aber Alles enthaltend, was sich praktisch wirklich bewährt hat. Der Text ist durch 150 sehr instructive Abbildungen illustrirt. Allen, die französische Sprache beherrschenden, Collegen sei das Werk auf das Wärmste empfohlen. Die Ausstattung desselben ist eine vorzügliche.

A. Sacher.

Klima, Witterung und Wohnung, Kleidung und Körperpflege in ihren Beziehungen zu den Entzündungen der Luftwege. Von Dr. Maximilian Bresgen. Halle a. S. Verlag von Carl Marhold. 1900.

Im vorliegenden Hefte giebt Verfasser zunächst einen allgemeinen Ueberblick über die Bedeutung gesunder Athemwege für den Gesammtorganismus. Er erörtert darauf ausführlich die zahlreichen Einflüsse von Witterung, Klima und Wohnung, Kleidung und Körperpflege auf die Entzündungen der Athemwege und wie wir unseren Körper erziehen und üben müssen, um ihn an alle jene Einflüsse zu gewöhnen. Nur dadurch können wir denselben gegen die schädlichen Einflüsse des täglichen Lebens kräftigen und allgemeine körperliche Schwäche vermeiden. Die Abhandlung ist vorzugsweise für den praktischen Arzt bestimmt, dem wir sie auch bestens empfehlen können.

A. Sacher.

Die Reizung und Entzündung der Nasenschleimhaut in ihrem Einflusse auf die Athmung und das Herz. Von Dr. Maximilian Bresgen.

Dieser Vortrag bildet das 9. Heft des IV. Bandes der vom Verfasser herausgegebenen Sammlung zwangloser Abhandlungen. Dass gewisse Erkrankungen der Nasenhöhle auf die Athmung und Herzthätigkeit schädlich einwirken können, ist eine schon längst anerkannte Thatsache. Besonders schädlich wirkt die behinderte Nasenathmung auf nervös-disponirte Personen; die Neurasthenie wird durch sie in vielfacher Weise unterstützt. Sehr oft ruft sie mehr oder weniger starke Dyspnoe, Beklemmungen und Asthmaanfälle hervor. Auch die Herzthätigkeit erfährt durch sie verschiedenartige Störungen. All' diese Einflüsse der verhinderten Nasenathmung und Nasenkrankheiten werden vom Verfasser ausführ-

lich beschrieben und erklärt und durch zahlreiche Beispiele illustrirt.

Im 10. Hefte des IV. Bandes bespricht zunächst Dr. Richard Kayser die Schwierigkeiten der Laryngoskopie bei Kindern und wie man dieselbe zu bekämpfen hat. Darauf erörtert Dr. Otto Schwidop die Pathologie und Therapie der Rhinitis vasomotoria. Dr. Maximilian Bresgen bespricht ausserdem noch den Werth des Gurgelns und wie dasselbe richtig auszuführen ist. Der praktische Arzt wird darin viele sehr wichtige Winke finden.

A. Sacher.

Sammlung stereoskopischer Aufnahmen als Behelf für den theoretisch-praktischen Unterricht in der Geburtshilfe. Von Dr. Ludwig Knapp. München 1901. Verlag von Seitz und Schauer.

Die aus 28 Bildern bestehende Sammlung darf als einzige in ihrer Art dastehende die Aufmerksamkeit der Fachcollegen in hohem Masse für sich beanspruchen. Hauptsächlich für Lehrzwecke wird dieselbe geeignet sein, da es für den Lernenden von grosser Wichtigkeit ist, sich die Lagen, Einstellungen und geburtshilflichen Operationen plastisch zur Darstellung zu bringen.

Fr. Mühlen.

Deutsche Medicin im neunzehnten Jahrhundert. Säcular-Artikel der Berliner Klinischen Wochenschrift. Herausgegeben von C. A. Ewald und C. Posner. 1. Band. Berlin 1901. Verlag von Aug. Hirschwald.

Um ein Bild der Medicin am Schlusse des 19. Jahrhunderts zu haben, sind die als «Säculartikel» in der Berliner Klinischen Wochenschrift im letzten Jahre erschienenen Arbeiten zusammengestellt und in Buchform herausgegeben worden.

Fr. Mühlen.

Lehrbuch der Histiologie und der mikroskopischen Anatomie mit besonderer Berücksichtigung des menschlichen Körpers, einschliesslich der mikroskopischen Technik. Von Dr. Ladislaus Szynomowicz. Mit 169 Original-Illustrationen im Text und 81 desgleichen auf 52 theils farbigen Tafeln. Lief. 2—6. A. Stubers Verlag (C. Kabitsch). 1900, 1901.

Nunmehr ist das Werk vollständig erschienen. Es zählt im Ganzen 455 Seiten, und ohne irgend wie ausführlich zu sein, behält es von Anfang bis zu Ende seine Klarheit und leicht fasslichen Styl. Die Abbildungen sind elegant und anschaulich.

M.

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1297. Sitzung am 18. December 1900.

1) Moritz demonstrirt zwei von der Section des am 18. Juli verstorbenen Collegen Dr. P. Lieven erhaltene Präparate und recapitulirt die Krankheitsgeschichte:

Vor 34 Jahren (im 31. Lebensjahre) zum ersten Male Gallensteinkoliken, die sich später mehrmals in wechselnder Stärke wiederholten; vor 26 Jahren ein sehr heftiger dreitägiger Anfall, an den sich eine circumscripte Peritonitis anschloss. Seitdem keine eigentlichen Koliken mehr, aber zeitweise dumpfe Schmerzen in der Lebergegend. 1893 Carlsbad ohne sichtlichen Erfolg. Lebergegend druckempfindlich, Leber deutlich palpabel, vergrössert, ziemlich weich. Häufige Cardialgien, Aufstossen, zu Zeiten heftigere Schmerzanfälle mit Appetitmangel und Erbrechen. Horizontale Lage und absolute Diät schafften dann Erleichterung. In den schmerzfreien Zeiten führte L. sein gewohntes anstrengendes Leben als vielbeschäftigter Frauenarzt und Geburtshelfer fort; zugleich pflegte er einen regen gesellschaftlichen Verkehr, bei dem starke Mahlzeiten und reichlicher Weingenuss unvermeidlich waren. Seit Januar 1894 wurden die Schmerzen immer häufiger und heftiger und machten ihm schliesslich das Fahren unmöglich. Im April 1894 wurde der Zustand unerträglich, Nahrungsaufnahme unmöglich, hochgradige Abmagerung. Dabei war niemals Fieber, auch niemals Icterus gewesen. Die Gallenblase konnte nie deutlich palpirt werden, wohl aber der Leberrand. Puls hart, regelmässig, Herztöne rein, Temporales geschlängelt. — Nach Consultation mit mehreren Collegen wurde ein operativer Eingriff beschlossen. Vortr. schloss damals die Anwesenheit von Steinen in der Gallenblase aus, vermuthete aber Concremente in den kleinen Gallenwegen. Es musste etwas geschehen, um dem unerträglichen Zustande ein Ende zu machen und den Kranken vor dem Hungertode zu retten. Die Untersuchung des Magensaftes hatte übrigens normale Verhältnisse ergeben; der Magen war nicht dilatirt. Operation am 24. April 1894 im Deutschen Alexander-Hospital, ausgeführt von Prof. Tiling und Dr. Dombrowski unter Assistenz und in Anwesenheit mehrerer anderer Collegen: Schnitt parallel der Linea alba durch den rechten Rectus abdominis. Gallenblase wenig gefüllt, enthält etwas blasse Flüssigkeit, keine Steine; ihre Oberfläche glatt, ohne Adhäsionen. Pylorus sehr derb, verdickt; an seiner vorderen Fläche, auf das Duodenum übergreifend, ein kleiner flacher Tumor (subserös), der durchaus den Eindruck eines beginnenden Carcinoms macht; ausserdem scheinen die retroperitonealen Lymphdrüsen geschwellt: der Magen eher klein. Da eine radicale Operation nicht möglich ist, wird im Hinblick auf die zu erwartende Stenose des Pylorus die Gastroenterostomie gemacht.

Nach der Operation heftige Schmerzen von dem Charakter der früheren; Singultus mehrere Tage anhaltend; normale Temperatur, guter Puls. Am 5. Mai Entfernung fast aller Nähte, prima intentio. Bei andauernd gutem subjectivem Befinden erholte L. sich langsam und fing an zuzunehmen. Am 22. Mai wurde er aus dem Hospital entlassen.

Bald danach siedelte L. nach Stuttgart über. Januar bis März 1895 weilte er besuchsweise in St. Petersburg; er hatte sich sichtlich erholt und nahm wenig Rücksicht auf Diät, war auch an ein beträchtliches Quantum Alkohol gewöhnt. Im Juni hatte er noch einmal einige Tage lang die früheren Schmerzen.

1895 zog L. nach Riga. Zu jener Zeit fing er an über Schmerzen in den Beinen zu klagen, die ihm das Gehen erschwerten. Im Frühjahr 1895 constatirte Vortr., dass der Cruralpuls auf einer Seite ganz fehlte, auf der anderen kaum fühlbar war, auf der Aorta abdominal. Pulsation, systolisches Geräusch. Diagnose: arteriosklerotische Verengerung beider Iliacae etwa an der *Bifurcation*. Ordin. KaJ. 1898 im Sommer fehlte der *Cruralpuls* schon beiderseits, das Gehen war im höchsten Grade erschwert. Im übrigen setzte L. dieselbe Lebensweise fort ohne irgendwelche diätetische Vorschriften zu *befolgen*; namentlich wollte er seinen Schnaps beim Essen nicht aufgeben.

1900 am 17. Juli früh plötzlich heftige Schmerzen der alten Art, denen sehr bald Erbrechen von Speisen und dann profuses Bluterbrechen folgte, das in wenigen Stunden zum Tode führte.

Die Section ergab, nach der Mittheilung des Collegen Dr. Demme: Verwachsungen des Netzes mit der äusseren Bauchwand, Blutungen in Leber, Pankreas, Magen, Darm und Blase. 40 Ctm. vom Pylorus entfernt die Anastomose zwischen Magen und Dünndarm. Pylorus für den kleinen Finger durchgängig, Schrumpfniere. Aorta abdominal. stark erweitert, vom Zwerchfell bis zur Bifuration ausgefüllt von einem das ganze Lumen verschliessenden Thrombus.

Demonstration der von Dr. Demme übersandten Präparate:

1) Magen mit hochgradig verdicktem, derbem, aber nicht stenosirtem Pylorus und mit der schön erhaltenen, frei durchgängigen Darmanastomose.

2) Aorta abdominal. mit dem sie ausfüllenden Thrombus.

Epikrise: Hereditäre Arteriosklerose Schmerzen in der Oberbauchgegend durch Arteriosklerose der Aorta abdominalis und ihrer Zweige, hervorgerufen und unterhalten durch unregelmässiges Essen, reizende Kost und Alkoholgenuss, sowie durch Erschütterung beim Fahren bei gefülltem Magen. Durch die genannten Factoren wurden die erkrankten Gefässwände gedehnt; erfahrungsgemäss entwickelt sich aber die Arteriosklerose am stärksten in solchen Gefässgebieten, deren Füllungszustand stärkeren Schwankungen unterworfen ist. Das Nachlassen der Schmerzen vor und nach der Operation erklärt sich durch Verminderung der Blutmasse während des wochenlangen Hungerns, durch Herabsetzung der Herzkraft durch Hunger, Narkose und Bettliegen, sowie durch die absolute Ruhe; dadurch fiel die Dehnung der erkrankten Gefässwände fort. Die später auftretenden Schmerzen in den Beinen hingen von der Circulationsstörung in den Crurales ab, bedingt durch die beginnende Thrombosirung der Aorta abdominalis

Im Moment der vollständigen Unterbrechung der Circulation in der Aorta abdominalis und deren visceralen Aesten (Coeliaca, Mesenterica etc.) trat die profuse Blutung in die Organe durch venöse Rückstauung ein. Der vor 26 Jahren überstandene Anfall von Gallensteinkolik, mit umschriebener Peritonitis, hatte vermuthlich mit Durchbruch des Steines aus der Gallenblase in den Darm geendet. Die späteren Schmerzen in der Lebergegend sind nicht als Gallensteinkoliken, sondern als arteriosklerotische Dehnungsschmerzen aufzufassen.

Discussion:

Westphalen erwähnt des von französischen Autoren als «Claudication intermittante» beschriebenen Krankheitsbildes, welches zuerst von den Veterinären an Pferden beobachtet, und dann von Charcot auch am Menschen constatirt wurde. Schmerzen in den Beinen bei Bewegung bis zur Unmöglichkeit der Fortbewegung, Fehlen des Femoralpulses bilden die charakteristischen Symptome. Das Krankheitsbild beruht auf Endarteritis der Arterien der unteren Extremitäten. In dem Falle Charcot's handelte es sich aber gleichfalls um Thrombose der Aorta abdominalis. Wegen Verschlusses der Arteria spinalis wäre in solchen Fällen stets auch Parese der unteren Extremitäten zu erwarten, was übrigens in dem hier mitgetheilten Fall nicht constatirt ist. Dieselben typischen Schmerzen beim Gehen kommen bekanntlich auch ohne Thrombose der Aorta bei Verengerung der Femorales durch Endarteritis vor; bei geeigneter Therapie (Nauheim!) können sie wieder schwinden, wie ja auch der fehlende Femoralpuls wiederkehren kann.

Wladimiroff: Die Blutungen in die Organe liessen sich vielleicht auch durch Verschluss der Aorta unterhalb der Abgangsstellen der betreffenden Arterien (Coeliaca etc.) erklären, durch Berstung der Arterien infolge plötzlich gesteigerten Druckes.

Tiling hält es nicht für wahrscheinlich, dass in dem mitgetheilten Fall bei der vor 26 Jahren überstandenen Gallensteinkolik ein Durchbruch des Steines in den Darm erfolgt sei, da man dann irgendwelche Spuren einer früheren Verbindung zwischen Gallenblase und Darm noch hätte finden müssen. Was den Effect der Operation anlangt, so glaubt T. ihn doch, wenigstens theilweise, auf die Veränderung der mechanischen Verhältnisse durch die Gastroenterostomie zurückführen zu dürfen. Wenn bis zur Operation eine Stenose des Pylorus auch nicht bestanden hatte, so weist die hochgradige Verdickung seiner Wandung doch wohl auch auf eine mechanische Ursache für die nach dem Essen regelmässig auftretenden Schmerzen in dieser Gegend. Die Aenderung des subjectiven Befindens und die Aufbesserung der Ernährung seit der Operation waren ganz auffallend; sie waren auch von Dauer, trotz der keineswegs diäten Lebensweise. Man darf also wohl annehmen, dass die zwischen Magen und Darm geschaffene Communication an sich günstig gewirkt hat. Die typischen Schmerzen in den Beinen beweisen, ebenso wie das Fehlen des Cruralpulses, in solchen Fällen nur die Circulationsstörung in den Arterien des Beines (Verengerung des Lumens der Arterien durch Endarteritis etc.), gestatten aber noch nicht einen Schluss auf Thrombosirung oberhalb ihrer Abgangsstelle, also in der Aorta; eine solche wird, sobald sie das ganze Lumen ausfüllt, natürlich zu sofortiger gänzlicher Unterbrechung der Circulation führen, ebenso wie eine das ganze Gefäss ausfüllende Embolie.

2. Westphalen spricht über das Oesophagus-Carcinom und betont besonders die Schwierigkeiten, welche sich unter Umständen einer sicheren zweifellosen Diagnose des Leidens entgegenstellen können. Er hat sein ganzes Material an Carcinomen der Speiseröhre sowohl aus der Station und Ambulanz des Deutschen Alexander-Männerhospitals, als auch aus seiner Privatpraxis zusammengestellt und im Hinblick auf Anamnese, Symptomatologie, Diagnose, Verlauf und Therapie revidirt.

Bezüglich der Aetiologie ist ihm, worauf auch sonst recht allgemein hingewiesen wird, die Bedeutung des Alkohols für die Entstehung des Speiseröhrenkrebses aufgefallen. Abusus spirituosorum fand sich in der Anamnese der Kranken so oft notirt, dass ein Spiel des Zufalls ausgeschlossen sein dürfte. Diesem Umstande wird ja auch allgemein das häufigere Vorkommen des Oesophaguskrebses bei dem männlichen Geschlechte zugeschrieben.

Was das Alter anbetrifft, in welchem das Carcinom des Oesophagus auftrat, so war der älteste Patient 81 Jahre, der jüngste 34. Jedoch wird das Vorkommen des Leidens auch schon vor dem 30. Jahre erwähnt. Was die Symptome der Krankheit anbetrifft, so seien dieselben allbekannte, jedoch warnt Ref. davor aus dem subjectiv empfundenen Sitze der Beschwerden bei der Deglutition auf die Localisation der Neubildung zu schliessen; häufig bewirke diese, was schon Rosenheim in mehreren Arbeiten hervorgehoben hat, einen Spasmus der Oesophagusmuskulatur selbst in von dem Tumor entfernteren Abschnitten der Speiseröhre, wodurch eine Reihe subjectiver Beschwerden beim Schlucken ausgelöst werden können. Vor einigen Jahren hat Hitzig auf ein neues Symptom hingewiesen, welches sich nach ihm bei dem Leiden recht häufig vorfinden soll. Es ist dieses eine Verengerung der linken Pupille, bedingt durch Lähmung der pupillaren Fasern d. n. sympathicus. Ref. ist nicht in der Lage die Häufigkeit des Symptomes zu bestätigen, auch sei die Entstehungsweise desselben, was übrigens auch schon Hitzig selbst erwähnt hat, nicht ganz einfach. Es erklärt sich wohl bei Carcinomen des mittleren Oesophusdrittels, wo ein Uebergreifen der Neubildung auf den Sympathicus und die aus dem Rückenmark in diesen eintretenden oculopupillaren Fasern möglich wäre, jedoch findet sich nach Hitzig das Symptom auch bei Erkrankungen in tiefern Abschnitten der Speiseröhre, wobei das Ergriffenwerden der zur Pupille ziehenden Sympathicusfasern nicht gut möglich ist.

Von den diagnostischen Hilfsmitteln zur Erkennung des Leidens sei am wenigsten das zweite Schluckgeräusch zu verwerthen, dasselbe könne verspätet auftreten, fehlen oder auch normal ablaufen. Das wichtigste Hilfsmittel sei die starre Sonde, wodurch es wohl meist gelingt ein Hinderniss im Oesophagus zu constatiren. Jedoch käme es auch nicht selten vor, dass auch die Sondeneinführung zweifelhafte Resultate gäbe, so könne es vorkommen, dass bei stark zerfallenen oder wandständigen Tumoren die Sonde überhaupt kein Hinderniss angezeigt; auch passire es gelegentlich, dass ein dickes weiches Rohr anstandslos bis in den Magen eindringt, dass dagegen die dünnste harte Sonde auf ein unüberwindliches Hinderniss stösst. Dieses Verhalten erklärte sich in einem im Alexanderhospital beobachteten Falle dadurch, dass ein subdiaphragmal belegener Cardiatumor ohne zu einer eigentlichen Verengerung zu führen den geraden Speiseröhrencanal in einen spiraligen umgewandelt hatte, durch den die sich allen Windungen anpassende weiche Schlundsonde passiren konnte, welcher aber für eine harte Sonde unpassirbar war. Auch Ewald hat neuerdings auf ein solches Verhalten aufmerksam gemacht. Gelegentlich kann es weiter vorkommen, dass die Sonde an verschiedenen Stellen des Oesophagusverlaufes stecken bleibt. In einem Falle passirte es Ref., dass er bei einer relativ jungen schwer hysterischen Pat. mit den sonderbarsten Deglutitionsbeschwerden mit einem dicken Rohre auf ein tiefer gelegenes Hinderniss stiess, als mit einer dünnen gleichfalls harten Sonde. Die daraufhin gestellte Diagnose hysterischer Oesophagusspasmus schien anfangs durch den Verlauf des Leidens gesichert, und doch ging die Pat. an Lungengangrän infolge von Oesophaguscarcinom zu Grunde. Hier hatte augenscheinlich bei der nervös veranlagten Kranken das Carcinom einen gleichzeitigen Spasmus der Oesophagusmusculatur innerhalb einer noch intacten Region veranlasst, wodurch der diagnostische Fehler sich erklärte, ähnliche Fälle hat Ref. noch mehrfach beobachtet, auch findet sich eine reichhaltige ähnliche Casuistik in den vielen Publicationen Rosenheims.

Auch die Durchleuchtung mit Roentgenstrahlen findet ihre Anwendung bei der Diagnose des Oesophaguscarcinoms, namentlich dort, wo es sich um die Entscheidung handelt, ob das Hinderniss im Oesophagus durch ein Carcinom des Organes oder durch ein Aneurysma bedingt werde. Die Pulsation eines eventuell sich hierbei ergebenden in der Nachbarschaft des Oesophagus belegenen Schattens gestattet jedoch, wie solches auch Gebauer betont und wie es Ref. auf mehrere eigne Fälle gestützt, bestätigen kann, keinen Rückschluss auf die aneurysmatische Natur des Schluckhindernisses. Metastatische Knoten und Lymphdrüsen können durch von der Aorta mitgetheilte Pulsation Aneurysmen vortäuschen. In jüngster Zeit empfiehlt von Wien aus Holzknecht die Durchleuchtung in schräger Richtung, wodurch der Oesophagus als heller Spalt zwischen den dunkleren Schattenbildern des Herzens und der Gefässe nach vorne und der Wirbelsäule nach hinten hervortrete. Bestehe im Oesophagus ein Hinderniss, so sei dasselbe durch das Steckenbleiben einer mit Wismuth gefüllten Oblate, welche sich oberhalb des Hindernisses als dunkler Fleck projicire, zu erkennen. Ref. kann aus eigner Erfahrung die Anschaulichkeit des hierbei gewonnenen Bildes bestätigen und die Methode warm empfehlen.

Ueber die Bedeutung der Oesophagoskopie wagt Ref. kein Urtheil auszusprechen, er hat dieselbe wohl von fachkundiger Hand ausführen sehen, jedoch sich selbst zur Einführung des Oesophagoskopes nicht recht entschliessen können, da die Methode anscheinend sehr qualvoll für die Patienten sei und auch nicht ganz ungefährlich sein dürfte. Eine ausschlaggebende diagnostische Bedeutung dürfte dem Oesophagoskop nur in relativ wenigen, ein therapeutischer Werth in noch seltneren Fällen beizumessen sein.

Alle die erwähnten Methoden, mit Ausnahme vielleicht des Oesophagoskops, dürften nur im Stande sein die Existenz eines Hindernisses in der Speiseröhre anzuzeigen, jedoch keinen Aufschluss über die Natur desselben abgeben. Der

Wahrscheinlichkeit zufolge wird es sich, wie Rosenheim betont, bei Personen, welche das 40. Lebensjahr passirt haben, in 90 pCt. der Fälle um ein Carcinom handeln, eine über jeden Zweifel erhabene Diagnose kann jedoch nur erhalten werden durch die sogenannte Stückchendiagnose. Daher kann Ref. nur den schon von anderer Seite mehrfach gemachten Vorschlag warm befürworten, gefensterte Sonden zur Diagnose zu verwenden, in denen leicht Tumorpartikelchen stecken bleiben, welche dann weiter mikroskopisch zu verarbeiten sind. Allerdings entzieht sich einer solchen Diagnose noch ein Theil der Fälle, namentlich der subdiaphragmal belegenen Carcinome; für diese dürfte die Diagnose immerhin nur eine oft bis zur Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeitsdiagnose bleiben.

Ref. sucht diese These an einer Anzahl kurzer casuistischer Mittheilungen zu erweisen. In differentiell diagnostischer Beziehung kommen in Betracht hauptsächlich: Mediastinaltumoren, Aneurysmen, die luetische Strictur, welche gelegentlich, wenn auch selten vorkommen soll, (Ref. kennt sie nicht aus eigener Anschauung) der hysterische Oesophagospasmus, das Ulcus pepticum Oesophagi und die diffuse Oesophagusdilatation, namentlich in Folge von Cardiaspasmus.

Zur Therapie des Oesophagus-Carcinoms übergehend, verwirft Ref. mit vielen Anderen die mechanische Therapie der carcinomatösen Stenose, sei es durch häufige Sondirung mit allmählich immer dickeren Sonden, sei es mit Intubation des Oesophagus. Derartige mechanische Eingriffe dürften den Zerfall der Neubildung beschleunigen und möglicherweise bei Carcinomen der Oesophagusmitte eine Perforation des Tumors in den Bronchus mit der Lungengangrän im Gefolge begünstigen. Ref. beschränkt sich in Folge dessen auf eine rein symptomatische Therapie: Narcotica etc.; ganz besonders empfiehlt er jedoch das Trinken von Oel, namentlich vor dem Genuss anderer Speise. Das Oel werde verschiedenen Gesichtspunkten gerecht: es mache die Strictur schlüpfrig, es wirke unter Umständen antispasmodisch, es repräsentire ein Nahrungsmittel mit hohem Caloriengehalt und wirke schliesslich als leichtes Eccoproticum.

Was die Gastrostomie bei inoperabler carcinomatöser Strictur anbetrifft, so hält Ref. sich verpflichtet, dieselbe dem Patienten in Vorschlag zu bringen; falls die Operation aber abgelehnt wird, beredet er nicht dazu.

(Autoreferat.)

Discussion.

Kernig betont, dass die Diagnose des Carcinoma Oesophagi in der Hospitalpraxis meist keine Schwierigkeiten bietet und in den allermeisten Fällen mit Sicherheit gestellt werden kann, Fehldiagnosen sind bei diesem Leiden geradezu auffallend selten. Meist sind Anamnese und Krankheitsbild charakteristisch genug: es handelt sich meist um ein älteres Individuum, bei welchem sich allmählich und ohne vorhergegangene Insulte des Oesophagus (Fremdkörper oder Aetzung!) die Schluckbeschwerden entwickelt haben. Dazu kommen: Abmagerung, Kachexie, chron. Obstipation und — als besonders charakteristisches Symptom — eingesunkener Unterleib. Die Sonde weist das Hinderniss — in der überwiegenden Mehrzahl aller Fälle im unteren Drittel des Oesophagus — nach; erst in späten Stadien, wenn das Carcinom schon zerfällt, kann die Sonde wieder durchgehen. Hat man dieses Bild vor sich, so bleiben nur noch auszuschliessen: 1) Aortenaneurysmen und den Oesophagus comprimirende Tumoren, obwohl hier die Schluckbeschwerden nicht so hochgradig sind: meist können doch noch Flüssigkeiten geschluckt werden. 2) Syphilitische Stricturen des Oesophagus; auch bei diesen ist das Schluckhinderniss meist kein so vollständiges: hier tritt auch Besserung nach Gebrauch von KaJ ein. 3) Nervöse Schluckbeschwerden. Nach Kernig's Erfahrung bereiten diese nur selten diagnostische Schwierigkeiten; meist handelt es sich dann um ausgesprochen nervöse resp. hysterische Individuen; der gute Ernährungszustand lässt ein Carcinom ausschliessen, die Sonde geht in der Regel durch. Das Pulsions-Divertikel und andere seltenere Dinge, wie Dilatationen des Oesophagus etc., kommen für die Differentialdiagnose gegenüber dem Carcinom wenig in Betracht. Von den Fällen, die das obengeschilderte typische Bild darbieten, sind (nach Rosenheim) 90 pCt. Carcinome! — Als selbstverständlich betrachtet K. die makro- und mikroskopische Untersuchung des bei der Sondirung an dem Sondenende haftenden Materials.

Westphalen weist auf die Verschiedenheit des Krankenmaterials als wahrscheinlichen Grund für die Meinungsverschiedenheit in diesem Punkt hin. Leicht wird gewiss in den meisten Fällen die Wahrscheinlichkeitsdiagnose, nicht immer so leicht aber die ganz sichere Diagnose eines Carcinoma Oesophagi zu stellen sein. Wie schwer diese unter Umständen sein kann, das lehrt u. A. auch die reiche Casuistik Rosenheim's.

3) Hoerschelmann theilt folgenden Fall aus seiner Praxis mit:

Am 13. December wurde er zu einem 9monatlichen Kinde gerufen, das bisher von Dr. Johanson behandelt worden war. Vor 6 Wochen hatte das bisher gesunde Kind die Masern durchgemacht und kränkelte seit der Zeit; es nahm an Gewicht ab, hustete viel und wurde blass; in den letzten Wochen trat leichtes Fieber auf, die Respiration wurde beschleunigt und erschwert, das Kind litt an träger Verdauung und nahm schlechter die Brust.

Bei der Untersuchung fand Ref. ein elendes blasses Kind mit sehr beschleunigter, erschwerter Respiration und ängstlichem Gesichtsausdruck. Die Lippen waren leicht livid verfärbt, die Haut eigenthümlich schmutzig grau, Temp. 38,3, Puls ca. 160, klein. In den Lungen überall vesiculäres, etwas verschärftes Athmen, Percussion normal, nur über dem Manubrium sterni leicht verkürzt, zwischen den Scapulae keine Dämpfung. Herzgrenzen normal, Töne rein, soweit es bei der beschleunigten Respiration zu beurtheilen möglich war. Leib stark aufgetrieben, Milz und Leber colossal vergrössert, erstere überragte um 3—4 Finger breit den Rippenrand, war hart, die Leber reichte bis zur Nabellinie. Starke Tympanie, Stuhl träge.

Das Kränkeln des Kindes seit den Masern, der negative Befund in den Lungen bei der so beschleunigten und erschwerten Respiration, das unregelmässige leichte Fieber und die leichte Dämpfung über dem Sternum liessen an tuberculöse Bronchialdrüsen denken. Der Gedanke an eine vergrösserte Thymusdrüse und die durch dieselbe hervorgerufenen Respirationsstörungen musste von der Hand gewiesen werden, weil das Fieber durch diese nicht zu erklären gewesen wäre. Es wurde Calomel, Moschus, Eiweisstrank, eine Compresse auf den Leib, sowie ein Lavement verordnet.

Am 14. Morgens war die kleine Patientin insofern etwas besser als die Respiration ruhiger, nicht so frequent war, das Kind verhältnissmässig viel und ruhig geschlafen und die Brust etwas besser genommen hatte; nach dem Lavement war grüner schleimiger Stuhl erfolgt. Bei der Untersuchung konnte zu dem gestrigen Befunde noch ein deutliches, ziemlich lautes systolisches, blasendes, leicht musikalisches Geräusch constatirt werden, welches über der Herzspitze am lautesten war. Der Zustand des Kindes verbesserte sich etwas zum Abend, es hatte einige Male die Brust sehr gut genommen, war ruhiger, die Respiration freier, der Leib weniger aufgetrieben. Temp. 38,5. Diese Besserung hielt auch am Vormittag des 15. December an, da trat um ca. 2 Uhr ein ziemlich heftiger eclamptischer Anfall ein, aus dem das Kind nicht mehr zum Bewusstsein erwachte. Als Ref. am Abend die Patientin sah, lag sie in der Agonie und starb um 9 Uhr.

Die am 17. December vorgenommene Section der Brust- und Bauchhöhle ergab: Lungen frei, ziemlich stark hyperämisch, Thymus gross, an der Bifuration der Trachea zwischen den beiden Bronchien eine vergrösserte, etwa kleinwallnussgrosse, verkäste Drüse, deren untere Hälfte aus einer mit ziemlich dickem Eiter gefüllten Höhle, etwa kleinhaselnussgross, besteht; in der Umgebung noch einige leicht vergrösserte Drüsen. Herz etwas vergrössert, linker Ventrikel hypertrophisch, der rechte, und namentlich der rechte Vorhof dilatirt. Der vordere Zipfel der Valv. mitralis normal, der hintere stark verkürzt, der freie Rand verdickt, abgerundet, geröthet. Im Uebrigen der Klappenapparat normal. Leber sehr vergrössert, Oberfläche glatt, Parenchym ziemlich hell, weich (hypertrophische Fettleber?). Milz gross, hart, auf der Kapsel viele hirse- bis linsengrosse, gelblich-weisse flache Knötchen, auf dem Durchschnitt von gelblich gekörntem Aussehen. Darm stark aufgetrieben, keine vergrösserten Mesenterialdrüsen.

Demonstration des Herzens mit Thymus und den Bronchialdrüsen, sowie der Milz.

Dr. Ucke übernahm freundlichst die mikroskopische Untersuchung der Präparate.

(Autoreferat.)

Director: W. Kernig.
Secretär: E. Blessig.

Nachtrag.

In der Sitzung vom 12. Februar macht Ucke die Mittheilung, dass er in den ihm von Hoerschelmann zur Untersuchung übergegebenen Organen (Bronchialdrüsen und Milz) Tuberkelbacillen nachgewiesen hat. In der vereiterten Bronchialdrüse fanden sich ausserdem noch Staphylokokken, welche die Vereiterung der tuberculösen Drüse veranlasst haben mögen.

Vermischtes.

— Dr. Franz Neugebauer, Vorstand der gynäkologischen Klinik des Evangelischen Hospitals in Warschau, ist zum auswärtigen correspondirenden Mitglied der Académie de Médecine in Paris ernannt worden.

— Unser langjähriger Mitarbeiter Constantin Bernhoff, welcher von Anbeginn an 25 Jahre an der «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift» thätig gewesen, ist gelegentlich des Jubiläums der Wochenschrift von dem Verein St. Petersburger Aerzte zum correspondirenden Mitgliede gewählt worden.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 19. Mai d. J. 8054 (94 wen. als in d. Vorw.), darunter 373 Typhus — (16 wen.), 781 Syphilis — (9 wen.), 374 Scharlach — (18 mehr), 124 Diphtherie — (18 wen.), 68 Masern — (14 wen.) und 36 Pockenkranke — (4 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 13. bis zum 19. Mai 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
374	285	659	136	68	118	17	7	15	55	56	49	48	46	34	8	2

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 15, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 6, Masern 14, Scharlach 15, Diphtherie 22, Croup 1, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 28, Erysipelas 5, Grippe 4, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 89, Tuberculose anderer Organe 20, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 45, Marasmus senilis 19, Krankheiten der Verdauungsorgane 78, Todtgeborene 31.

Дозв. ценз. Спб., 2 Iюня 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. KatharinenhoferPr. № 15.

XXVI. JAHRGANG **ST. PETERSBURGER** Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 23 St. Petersburg, 9. (22.) Juni **1901**

Bericht über die Thätigkeit des Sanatoriums Lindheim (1895—1901).

Von

Dr. med. A. Treu.

Nachdem ich 6 Jahre lang in und an dem Sanatorium Lindheim gearbeitet habe, dürfte es an der Zeit sein, einen statistisch verarbeiteten Bericht über die von mir im Sanatorium stationär behandelten Kranken zu veröffentlichen. In zweifacher Beziehung glaube ich, dass dieser Bericht für jeden Collegen, der einiges Interesse für die Phthiseotherapie besitzt, einen gewissen Werth haben könnte. Erstens ermöglicht mir der seit der Aufnahme der ersten Patienten verflossene verhältnissmässig lange Zeitraum über einige Dauererfolge zu berichten, die schon 5 und mehr Jahre lang nach der Entlassung aus der Anstalt als solche sich bewährt haben. Zweitens aber habe ich durch die relativ geringe Anzahl meiner Patienten (im Ganzen 104 Aufgenommene und 94 Entlassene) die Möglichkeit gehabt, fast mit allen meinen gewesenen Patienten auch nach ihrer Entlassung in Briefwechsel oder sonst irgend einem Zusammenhange zu bleiben, so dass ich von allen — ausser sechsen, — zuverlässige Nachrichten über ihre späteren Schicksale besitze und in meinem Bericht berücksichtigen kann. Dadurch bin ich in die Lage versetzt, den grossen Unterschied zwischen „Entlassungserfolg" einerseits und „Dauererfolg" andererseits an der Hand meines Materials deutlich zu illustriren, und somit zur Klärung der Frage speciell über die Prognose der Lungentuberkulose beizutragen.

Um nun dieser Aufgabe besser gerecht werden zu können, ausserdem aber, um dem Leser die Beurtheilung der Qualität meines Materials zu erleichtern, habe ich in meinen Tabellen zwei neue Rubriken eingefügt, welche annähernd die von mir bei der Aufnahme resp. bei der Entlassung des Kranken gestellte Prognose veranschaulichen sollen. Zu dem Zweck habe ich mich der Nummern 0 bis 5 bedient, ungefähr in der Art und in dem Sinne, wie diese Nummern in unseren Schulen zur Censur der Schüler benutzt werden. Dass es sich dabei nur um approximative, den subjectiven Erfahrungen und Anschauungen des Autors unterworfene Werthe handeln kann, ist selbstverständlich. Und doch würde ich es für sehr erwünscht halten, wenn auch andere Anstaltsärzte diesen Modus für ihre zukünftigen detaillirten Krankenberichte acceptiren wollten, denn mir erscheint eine richtige Beurtheilung des einzelnen Krankheitsfalles und des an ihm erzielten Erfolges durch diese zwei Nummern mehr erleichtert, als durch eine noch so kurz und gut gefasste Wiedergabe der Anamnese und des Status, die sich ja ausserdem schwer in tabellarischer Form placiren lässt.

Die übrigen Rubriken meiner Tabellen sind leicht verständlich: M. oder W. bedeutet männlicher oder weiblicher Patient und die danebenstehende Zahl drückt das bei der Aufnahme notirte Lebensalter der Kranken in Jahren aus. Die Stadien der Krankheit I., II. und III. sind nach der von Turban gegebenen Eintheilung unterschieden. Die Veränderungen des Körpergewichts sind in russischen Pfunden angegeben: + bedeutet Zunahme, — Abnahme, während diejenigen Patienten, welche in dieser Rubrik keine Angabe aufweisen, entweder mit unverändertem Gewicht entlassen, oder wegen zu grosser Schwäche überhaupt nicht gewogen wurden. In den Rubriken „Veränderungen des Allgemeinbefindens" und „— des localen Processes bedeutet + Besserung, — Verschlimmerung und 0 unveränderter Befund. F. bedeutet hohes hektisches Fieber, während f. leichte Temperaturschwankungen (Tagesmaximum 37,6—38,5) bezeichnet. Bacillenbefund + positiv, — negativ. In der Rubrik: „Seit der erstmaligen Aufnahme" resp. „seit der letzten Entlassung vergangene Zeit" wird in Monaten der seit dem genannten Zeitpunkt bis zum Tode des Patienten oder aber bis zum 1. Mai 1901 verflossene Zeitraum angegeben. Bei den in der Rubrik „Heredität" mit h bezeichneten Kranken wurde irgend ein directer oder indirecter hereditärer Einfluss anamnestisch angegeben, bei den anderen nicht.

№	Geschlecht und Alter.	Stadium d. Krankheit.	Prognose b. d. Aufnahme	Verände-rung des Gewichtes.	Verändg. des Allgemeinbefind.	Verändg. des localen Processes.	Fieber b. d. Aufnahme.	Fieber b. d. Entlassung.	Bacillen-befund.	Curdauer.	Prognose bei der Entlassung.	Seit d. I. Aufnahme vergang. Zeit.	Seit d. letzten Entlassung verg. Zeit.	Heredität.	Compli-cationen.	Bemerkungen.
1	M. 19	II.	1	22 ℔ —	—	—	F.	F.	+	204 Tage	0	9 m	2 m.	h.	Kehle	†
2	M. 13	I.	3	30 » +	+	+	f.	—	—	339 »	5	72 »	57 »	h.	0	2 mal in Behandlung Gesund.
3	M. 27	II.	4	3 » +	+	+	—	—	+	32 »	5	71 »	70 »	—	0	Arbeitsfähig,
4	W. 21	III.	0	10 » —	—	—	F.	F.	+	60 »	0	7 »	5 »	h.	0	†
5	M. 38	III.	1	37 » +	+	+	f.	—	+	240 »	2	70½ »	33 »	—	0	Theilweise arbeitsfähig. 4 mal in Behandlung.
6	W. 24	I.	3	36 » +	+	+	F.	—	+	265 »	4	68 »	6 »	h.	0	3 mal in Behandlung Arbeitsfähig.
7	W. 30	II.	2	11 » +	+	+	—	—	+	180 »	4	48 »	42 »	h.	0	†
8	W. 21	II.	1	7 » +	+	—	f.	f.	+	170 »	0	13 »	7 »	—	Kehle	†
9	W. 31	II.	2	6 » +	+	+	f.	—	+	30 »	5	54 »	53 »	—	0	Gesund.
10	W. 28	III.	0	2 » —	0	0	F.	F.	+	55 »	0	3¾ »	2 »	h.	0	†
11	W. 25	III.	1	3 » +	+	0	F.	F.	+	30 »	1	8 »	7 »	h.	Kehle	†
12	W. 45	II.	1	29 » +	+	—	F.	—	+	293 »	2	49 »	21 »	h.	Kehle zuletzt	3 mal in Behandlung †.
13	M. 30	II.	1	18 » +	+	+	—	—	+	95 »	3	15 »	12 »	h.	Kehle zuletzt	†
14	W. 25	I.	3	30 » +	+	+	f.	—	+	340 »	5	60 »	43 »	h.	0	2 mal in Behandlung. Gesund.
15	M. 38	III.	1	12 » +	+	+	f.	—	+	72 »	2	?	?	—	0	†
16	M. 20	I.	3	1 » +	+	+	—	—	—	44 »	5	58 »	56 »	h.	Morb. Basedowi	Gesund.
17	M. 32	III.	0	0 » —	0	0	F.	F.	+	26 »	0	2 »	1 »	h.	Kehle	†
18	M. 28	II.	2	12 » +	+	+	—	—	-	30 »	5	57 »	56 »	—	0	Gesund, inzwischen noch 14 ℔ +.
19	M. 27	III.	0	9 » —	0	0	F.	F.	+	32 »	0	2 »	1 »	—	0	†
20	W. 25	III.	1	1 » +	0	—	F.	F.	+	137 »	0	8 »	3½ »	h.	0	†
21	M. 26	III.	1	2 » +	0	0	F.	F.	+	50 »	0	4 »	2 »	h.	Kehle	†
22	M. 41	I.	4	6 » +	+	+	—	—	+	88 »	5	55 »	34 »	—	0	2 mal in Behandlung. Gesund.
23	M. 24	II.	2	12 » —	—	—	f.	F.	+	273 »	1	27 »	16 »	—	Kehle	2 mal in Behandlung †.
24	W. 29	II.	2	16 » +	+	+	—	—	+	176 »	3	51 »	23½ »	h.	0	2 mal in Behandlung. Lebt. Soll seit ½ Jahr schwer krank sein.
25	W. 28	II.	3	2 » —	0	0	—	—	+	48 »	3	42 »	40 »	-	0	†
26	M. 20	II.	1	9 » +	+	+	F.	—	+	120 »	2	9 »	5 »	—	0	†
27	M. 37	III.	1	11 » +	+	0	f.	—	+	55 »	1	7 »	5 »	h.	0	†
28	M. 25	II.	2	18 » +	+	+	—	—	+	92 »	3	16 »	13 »	h.	Kehle	Bis zuletzt im Beruf thätig † Blutsturz.
29	M. 42	III.	1	22 » +	+	0	f.	—	+	68 »	1	18 »	6 »	h.	0	2 mal in Behandlung †.
30	M. 27	III.	0	2 » —	0	0	F.	F.	+	50 »	0	1⅔ »	†	h.	0	†
31	W. 37	III.	0	—	0	0	F.	F.	+	11 »	0	⅓ »	†	—	Amyloid	†
32	M. 24	II.	2	11 » +	+	+	f.	—	+	330 »	4	40 »	29 »	h.	0	†
33	W. 39	III.	0	2 » —	0	0	F.	F.	+	85 »	0	3 »	†	h.	0	†

№	Geschlecht und Alter	Stadium d. Krankheit.	Prognose b. d. Aufnahme.	Veränderung des Gewichtes.	Verändg. des Allgemeinbefind.	Verändg. des localen Processes.	Fieber b. d. Aufnahme.	Fieber b. d. Entlassung.	Bacillenbefund.	Curdauer.	Prognose bei der Entlassung.	Seit d. I. Aufnahme vergang. Zeit.	Seit d. letzten Entlassung verg. Zeit.	Heredität.	Complicationen.	Bemerkungen.
34	M. 18	I.	2	3 ℔ —	—	—	—	F.	+	60 Tage	0	6 m.	4 m.	h.	0	†
35	M. 28	II.	2	21 » +	+	+	—	—	+	165 »	4	?	?	h.	Kehle	?
36	M. 44	III.	2	2 » +	+	0	—	—	+	80 »	2	30 »	27 »	h.	0	†
37	M. 28	III.	0	4 » —	—	—	F.	F.	+	90 »	0	10 »	7 »	—	Kehle	†
38	M. 23	II.	1	2 » —	0	0	F.	F.	+	10 »	1	c. 12 »	c. 12 »	h.	0	†
39	W. 46	I.	3	18 » +	+	+	—	—	—	200 »	5	42 »	35½ »	h.	Pleura	Arbeitsfähig.
40	W. 17	III.	1	4 » +	+	—	F.	F.	+	161 »	0	10 »	5 »	h.	0	†
41	M. 22	I.	3	13 » +	+	+	—	—	+	62 »	5	41 »	39 »	h.	0	Gesund.
42	M. 18	III.	1	7 » —	0	0	F.	F.	+	120 »	0	14 »	2 »	h.	0	2 mal in Behandlung †.
43	M. 25	II.	1	11 » +	+	+	F.	—	+	74 »	2	26 »	24 »	h.	0	†
44	M. 43	II.	2	18 » +	+	+	f.	—	+	75 »	3	23 »	20½ »	—	Kehle	†
45	M. 17	II.	1	4 » +	0	—	F.	F.	+	135 »	0	4½ »	†	—	0	†
46	M. 19	II.	1	17 » +	+	+	F.	—	+	107 »	2	39 »	35½ »	—	0	Lebt ohne Arbeit auf dem Lande.
47	M. 22	I.	3	18 » +	+	+	—	—	—	45 »	5	39 »	37½ »	h.	0	Gesund.
48	M. 36	II.	1	3 » +	0	0	f.	f.	+	30 »	1	?	?	—	Kehle	†
49	M. 26	II.	2	5 » +	+	+	—	—	+	144 »	4	38 »	33 »	—	0	Arbeitsfähig.
50	M, 18	II.	1	8 » +	+	—	f.	f.	+	191 »	0	23 »	½ »	—	Kehle und Darm	3 mal in Behandlung †.
51	M. 23	III.	0	—	0	0	F.	F.	+	35 »	0	5 »	4 »	—	0	†
52	M. 31	III.	1	10 » +	+	+	f.	—	+	28 »	3	—	—	—	0	?
53	W. 38	II.	1	16 » +	+	+	f.	—	+	98 »	2	—	—	h.	Kehle	?
54	M. 36	III.	1	26 » +	+	0	—	—	+	157 »	2	36 »	10 »	h.	0	3 mal in Behandlung. Arbeitsfähig trotz Amyloïd.
55	M. 28	II.	2	5 » +	+	0	F.	—	+	64 »	3	23 »	21 »	h.	0	Arbeitsfähig.
56	M. 23	II.	1	1 » —	0	0	F.	F.	+	54 »	0	6 »	4½ »	—	Kehle, Darm, Miliartub.	†
57	W. 18	I.	3	22 » +	+	+	—	—	+	258 »	2	35 »	7 »	h.	Kehle	3 mal in Behandlung. Lebt.
58	M. 46	I.	3	4 » +	+	+	—	—	—	30 »	5	35 »	34 »	h.	0	Arbeitsfähig.
59	W. 28	III.	0	1 » —	0	0	F.	F.	+	17 »	0	3 »	2½ »	h.	0	†
60	M. 26	I.	3	10 » +	+	—	f.	f.	+	434 »	1	34 »	12 »	h.	Kehle	Lebt. Schwer krank 2 mal in Behandlung.
61	M. 43	II.	2	33 » +	+	+	—	—	+	68 »	3	34 »	8 »	h.	0	2 mal in Behandlung. Arbeitsfähig.
62	W. 20	II.	2	26 » +	+	—	f.	f.	+	270 »	1	13 »	4 »	h.	Nieren	†
63	M. 43	III.	0	3 » —	0	0	F.	F.	+	30 »	0	1½ »	½ »	—	0	†
64	M. 25	III.	1	8 » —	0	—	F.	F.	+	24 »	0	—	—	—	Kehle	†
65	W. 32	III.	0	—	0	0	F.	F.	+	24 »	0	1 »	5/30 »	h.	0	†
66	W. 23	I.	3	20 » +	+	+	—	—	—	90 »	5	26 »	23 »	h.	0	Arbeitsfähig.
67	M. 32	II.	1	2 » +	0	0	F.	F.	+	156 »	1	14 »	9 »	—	0	†
68	M. 37	II.	2	3 » +	+	0	f.	—	+	34 »	3	—	—	—	0	?
69	M. 20	II.	1	3 » +	0	0	F.	F.	+	72 »	2	—	—	h.	0	?



№	Geschlecht und Alter.	Stadium d. Krankheit.	Prognose b. d. Aufnahme	Veränderung des Gewichtes.	Verändg. des Allgemeinbefind.	Verändg. des localen Processes.	Fieber b. d. Aufnahme.	Fieber b. d. Entlassung.	Bacillenbefund.	Curdauer.	Prognose bei der Entlassung.	Seit d. I. Aufnahme verg. Zeit.	Seit d. letzten Entlassung verg. Zeit.	Heredität.	Complicationen	Bemerkungen.
70	M. 34	I.	3	2 ℔ +	+	+	—	—	—	25 Tage	5	22 m.	21 m.	—	0	Arbeitsfähig.
71	M. 34	II.	1	9 » +	+	+	—	—	+	50 »	2	22 »	20 »	h.	0	Theilweise Arbeitsfähig.
72	M. 39	I.	4	7 » +	+	+	—	—	—	20 »	5	21 »	20 »	h.	0	Gesund.
73	W. 18	I	3	30 » +	+	+	f.	—	+	308 »	5	20 »	5 »	—	0	2 mal in Behandlung. Arbeitsfähig.
74	M. 37	I.	2	—	+	+	f.	—	+	33 »	3	20 »	19 »	—	0	Arbeitsfähig.
75	W. 22	II.	1	9 » —	—	—	F.	F.	+	120 »	0	5 »	1 »	h.	0	†
76	M. 36	III.	1	—	0	0	F.	F.	+	75 »	0	—	—	—	0	?
77	W. 39	II.	2	16 » +	+	+	f.	—	+	225 »	3	19 »	11 »	h.	0	Lebt in Pitkäjärvi.
78	M. 37	II.	1	3 » +	0	—	F.	F.	+	90 »	0	9 »	6 »	—	Asthma	†
79	M. 24	III.	1	2 » —	—	—	F.	F.	+	142 »	0	8 »	3 »	—	Kehle	†
80	W. 26	II.	2	6 » +			f.	—	+	—	—	$16^1/_2$ »	—	h.	Kehle	Noch im Sanatorium zum 2. mal.
81	W. 22	I.	3	13 » +	+	+	—	—	—	115 »	5	$13^1/_2$ »	$9^1/_2$ »	h.	0	Lebt in Pitkäjärvi.
82	M. 30	III.	1	1 » +	0	0	F.	F.	+	90 »	0	9 »	6 »	—	0	†
83	W. 28	I.	3	10 » +	+	+	—	—	+	55 »	5	14 »	12 »	h.	0	Gesund.
84	M. 54	III.	0	—	0	0	F.	F.	+	12 »	0	1 »	$^1/_2$ »	h.	Amyloid	†
85	M. 23	I.	3	16 » +	+	+	—	—	+	45 »	5	$13^1/_2$ »	12 »	h.	0	Gesund. Heirath.
86	W. 18	II.	1	14 » +	+	—	F.	f.	+	264 »	1	12 »	3 »	—	Kehle	†
87	W. 30	II.	2	14 » +	+	0	—	—	+	88 »	3	13 »	10 »	—	0	Arbeitsfähig. Heirath.
88	W. 22	II.	2	10 » +	+	0	f.	—	+	90 »	4	12 »	9 »	h.	0	Arbeitsfähig.
89	M. 32	III.	0	—	—	—	F.	F.	+	20 »	0	1 »	$^1/_3$ »	—	Hämoptysis.	†
90	W. 27	III.	0	7 » —	0	0	F.	F.	+	52 »	0	$2^1/_2$ »	1 »	h.	0	†
91	M. 30	I.	3	1 » +	+	+	—	—	+	28 »	5	$10^1/_2$ »	$9^1/_2$ »	—	0	Arbeitsfähig.
92	M. 26	II.	1	7 » +	+	0	F.	F.	+	62 »	2	10 »	8 »	h.	Kehle	Ging nach Falkenstein.
93	W. 40	III.	0	5 » —	—	—	F.	F.	+	116 »	0	4 »	†	h.	Amyloid. Darm	†
94	M. 17	II.	2	16 » +			—	—	+	—	—	5 »	—	—	0	Noch im Sanatorium.
95	M. 30	II.	1	2 » —	0	0	F.	F.	+	41 »	0	$4^1/_2$ »	3 »	—	Darm	Lebt. Schwer krank.
96	W. 23	I.	3	2 » —			f.	—	+	—	—	$3^1/_2$ »	—	h.	Endometritis.	Noch im Sanatorium.
97	M. 21	II.	2	15 » +			—	—	+	—	—	3 »	—	h.	0	» » »
98	M. 31	II.	2	4 » +	+	0	—	—	+	60 »	2	3 »	1 »	h.	Kehle	Lebt auf d. Lande.
99	M. 26	III.	1	6 » —			F.	—	+	—	—	3 »	—	h.	0	Noch im Sanatorium.
100	M. 36	II.	2	10 » +			f.	—	+	—	—	$2^1/_2$ »	—	h.	0	» » »
101	W. 25	III.	0	8 » —			F.	—	+	—	—	2 »	—	—	Darm	» » »
102	M. 39	II.	2	12 » +			—	—	—	—	—	2 »	—	—	Asthma	» » »
103	M. 36	I.	2	4 » +			f.	—	+	—	—	$^3/_4$ »	—	h.	Darm	» » »
104	W. 16	III.	1	3 » —			F.	—	+	—	—	$^1/_2$ »	—	h.	Kehle	» » »

Von den 104 seit dem 1. Mai 1895 bis zum 1. Mai 1901 in Lindheim aufgenommenen Lungenkranken waren 68 männlichen und 36 weiblichen Geschlechts. — 23 Kranke gehörten zum I., 46 zum II. und 35 zum III. Stadium der Krankheit. — Dem Lebensalter nach vertheilten sich die Kranken folgendermassen:

10—15 a. n.	1	13
15—20 „ „	12	
20—25 „ „	22	48
25—30 „ „	26	
30—35 „ „	15	32
35—40 „ „	17	
40—50 „ „	10	11
50—55 „ „	1	

Hereditäre Belastung, wenn auch indirecte wurde in 63 Fällen angegeben, in 41 nicht. — Bacillen wurden gefunden oder waren vor der Aufnahme gefunden worden in 93 Fällen, in 11 Fällen nicht.

Von den 104 im Ganzen aufgenommenen Patienten haben 71 eine Körpergewichtszunahme von 1—37 Pfd. während ihres Aufenthaltes in der Anstalt zu verzeichnen gehabt. Im Ganzen haben diese 71 Kranken 874 Pfd. (russisch), also durchschnittlich 12,3 Pfd. zugenommen. Dabei ist aber zu bemerken, dass von den 71 Patienten, welche zugenommen haben, 10 mehr als ein Mal — in Summa 37 Mal — in Cur gewesen sind. Die während der einzelnen Cur erzielte durchschnittliche Zunahme würde demnach nur 874 : 98 = 8,8 Pfd. betragen.

Eine Abnahme des Körpergewichts von 0—22 Pfd. wurde in 33 Fällen beobachtet, und zwar im Ganzen 134 Pfd., also durchschnittlich 4 Pfd. Berücksichtigt man auch hier den Umstand, dass 2 von den 33 Kranken, welche in der Anstalt abgenommen haben, mehr als ein Mal — in Summa 4 Mal — in Behandlung waren, so ergiebt sich als Durchschnitt 134 : 35 = 3,8 Pfd. Abnahme.

Subtrahirt man nun die 134 verlorenen von den 874 gewonnenen Pfunden und dividirt diese Zahl (740) durch die Gesammtzahl der Kranken (104), so ergiebt sich für alle Lindheimer Patienten eine während ihrer Cur erzielte durchschnittliche Zunahme von ca. 7,35 Pfd. Wenn wir auch hier die während der einzelnen Cur erzielte durchschnittliche Körpergewichtszunahme constatiren wollen, so müssen wir 740 durch 128 dividiren, also 740 : 128 = 5,8 Pfd. — Es waren nämlich 17 Patienten mehr als ein Mal im Sanatorium, und zwar waren 11 Kranke 2 Mal, 5 — 3 Mal und 1 — 4 Mal in Behandlung. — Verpflegt wurden die 104 Kranken im Ganzen 11,073 Tage, also durchschnittlich etwa 106,5 Tage. Jede einzelne Cur dauerte durchschnittlich nur 86,5 Tage.

Das Allgemeinbefinden war bei der Entlassung der 94 überhaupt entlassenen Kranken in 58 Fällen gebessert, 9 Mal verschlechtert und 27 Mal unverändert. — Der locale Befund wies in 40 Fällen eine Besserung, in 20 Fällen eine Verschlimmerung und in 34 Fällen keine Veränderung auf. — Specifische Complicationen von Seiten der Kehle waren 24 Mal vorhanden, von Seiten des Darmes 6 Mal, anderweitige Complicationen 10 Mal. — Profuse Hämoptysis habe ich an 2 Kranken während ihres Aufenthaltes in der Anstalt erlebt. Ein dritter Patient verlor auch ein Mal ca. 100,0 Blut in einer Sitzung. Geringfügigere „parenchymatöse" Lungenblutungen, die aber zuweilen 8—14 Tage lang anhielten, wurden recht oft beobachtet.

Gestorben sind bisher, soweit mir bekannt geworden ist, 51 meiner gewesenen Patienten, davon 5 in der Anstalt. Von 6 Kranken fehlen mir alle Nachrichten; 11 sind noch jetzt anscheinend gesund, also relativ geheilt, 16 sind arbeitsfähig und 10 leben ohne Arbeit, während 10 andere eben noch im Santorium sind.

Bei der Aufnahme hatten 45 Kranke hohes Fieber, 26 geringes Fieber und 33 kein Fieber. — Von den 94 Entlassenen hatten bei der Aufnahme hohes Fieber 42, geringes Fieber 22 und kein Fieber 30 Kranke. Es fieberten also bei der Aufnahme im Ganzen 64 (!) von 94 entlassenen Kranken, d. i. beinahe 70 pCt. — Entlassen wurden 42 Patienten mit und 52 ohne Fieber. — Von den 64 mit Fieber aufgenommenen und bereits entlassenen Kranken verloren 22 das Fieber während der Cur. Entfieberung trat somit in ca. 34,5 pCt. der Fälle ein. — Bei einem Patienten, der beim Eintritt kein Fieber hatte, stellte sich in der Anstalt Fieber ein (Nr. 34). — Von den 42 mit hohem Fieber Eingetretenen verloren nur 6 das Fieber ganz, während bei einem das hohe Fieber einen leichteren Charakter annahm. — Von den 22 beim Eintritt leicht fiebernden Kranken dagegen verloren 16 das Fieber ganz, während bei einem das leichte Fieber einen schweren Charakter annahm. — Befreiung von hohem Fieber trat somit nur in 14 pCt. der Fälle ein, von leichtem Fieber dagegen in ca. 72,7 pCt. der Fälle.

Was die seit der letzten Entlassung vergangene Zeit anbetrifft, so können wir aus den umstehenden Tabellen ersehen, dass von den 37 noch lebenden Entlassenen, von denen Nachrichten vorliegen, bei 23 schon 12—70 (durchschnittlich 32,4) Monate seit der Entlassung vergangen sind. — Von den 51 Verstorbenen haben auch noch 12 Kranke 12—42 (durchschnittlich 22,6) Monate nach der Entlassung gelebt und sind zum Theil bis zuletzt noch im Berufe thätig gewesen.

Von der während der Cur erzielten Veränderung der Prognose erhalten wir aus den folgenden Zusammenstellungen ein anschauliches Bild. Ich habe zunächst die mit gleicher Prognose aufgenommenen Kranken zusammengestellt und nach der Qualität der Aufnahme-Prognose geordnet. In der zweiten Zusammenstellung habe ich dieselben Fälle nach der gleichen Entlassungs-Prognose geordnet.

Progn. b. d. Aufnahme	Progn. b. d. Entlassung	Anzahl der Fälle	Summa
0	0	16	16
1	0	16	36
1	1	7	
1	2	11	
1	3	2	
2	0	1	21
2	1	2	
2	2	2	
2	3	9	
2	4	5	
2	5	2	
3	1	1	18
3	2	1	
3	3	1	
3	4	1	
3	5	14	
4	5	3	3
		94	

Progn. b. d. Aufnahme	Progn. b. d. Entlassung	Anzahl der Fälle	Summa
2	5	2	19
3	5	14	
4	5	3	
2	4	5	6
3	4	1	
1	3	2	12
2	3	9	
3	3	1	



Progn. b. d. Aufnahme	Progn. b. d. Entlassung	Anzahl der Fälle	Summa
1	2	11	
2	2	2	14
3	2	1	
1	1	7	
2	1	2	10
3	1	1	
2	0	1	
1	0	16	33
0	0	16	
		94	

Gebessert hat sich somit die Prognose in 47 Fällen, verschlechtert in 21 und gleichgeblieben ist sie während des Aufenthaltes in der Anstalt in 26 Fällen.

Wenn wir nun zusehen, in wie weit sich meine Entlassungs-Prognosen bewährt haben, so finden wir zunächst, dass die 33 mit der Prognose 0 Entlassenen alle bis auf einen, der erst vor 3 Monaten entlassen wurde, bereits gestorben sind. 5 davon starben in der Anstalt, bei 2 ist der Zeitpunkt des Exitus unbekannt, die übrigen 25 starben 7 bis 1/6 (durchschnittlich 3) Monate nach der Entlassung. — Von den 10 mit der Prognose 1 Entlassenen ist bei einem der genauere Zeitpunkt des Todes unbekannt, während die 9 Uebrigen 3—16 (durchschnittlich 8) Monate nach der Entlassung gestorben sind. — Mit der Prognose 2 wurden 14 Kranke entlassen. Von diesen haben 3 nach der Entlassung nichts von sich hören lassen, 7 leben 1—35 (durchschnittlich 16,3) Monate nach der Entlassung, während 4 Kranke 5—27 (durchschnittlich 19) Monate nach der Entlassung gestorben sind. — 12 Kranke wurden mit der Prognose 3 entlassen. Bei 2 von ihnen fehlen Nachrichten, 4 starben 12—40 (durchschnittlich 21,4) Monate nach der Entlassung, während 6 8—23½ (durchschnittlich ca. 15) Monate nachher noch leben. — Prognose 4 bei der Entlassung hatten 6 Kranke. Ueber einen fehlen Nachrichten; 2 sind 42 resp. 29 Monate nach der Entlassung gestorben; 1 Patientin (vor 68 Monaten zum ersten Male aufgenommen, und vor 6 Monaten zuletzt entlassen), sowie 2 andere, vor 33 resp. 9 Monaten entlassene Kranke leben und sind arbeitsfähig. — Prognose 5 endlich habe ich 19 von meinen Patienten bei der Entlassung gestellt. Diese leben meist anscheinend gesund und haben das Sanatorium vor 5—70 (durchschnittlich 33) Monaten verlassen.

Wenn wir nun kurz das Wesentlichste aus dem Vorstehenden zusammenfassen, so haben wir es hier mit 94 an Lungentuberkulose leidenden vom 1. Mai 1895 bis zum 1. Mai 1901 im Sanatorium Lindheim behandelten und bereits entlassenen Kranken zu thun. Wie ungünstig das Material im Ganzen war, erhellt aus dem Umstande, dass 64 von diesen 94 Kranken fieberten (davon 42 hoch). Ausserdem kann man einen analogen Schluss aus der Thatsache ziehen, dass ich bei der Aufnahme von 55 dieser Kranken die Prognose 0 oder 1 verzeichnet habe. Trotzdem habe ich — in Bezug auf Gewichtsveränderung, Veränderung des Allgemeinbefindens, des localen Processes und der Prognose — günstiges Entlassungsresultat in 40 Fällen zu verzeichnen gehabt. In einer der genannten Beziehungen war das Entlassungsresultat sogar in 67 Fällen ein günstiges, so dass ich in über 71 pCt. der Fälle von einem „positiven Entlassungsresultat“ sprechen kann. Wie wenig aber damit für die Dauer erreicht ist, darüber reden die 51 Kreuze in der letzten Rubrik meiner Tabellen eine ernste, eindringliche Sprache. Manchen Kranken, wie z. B. Nr. 28, habe ich mit bedeutender Gewichtszunahme und überhaupt in jeder Beziehung „gebessert“ entlassen, — und doch bereitet schon 13 Monate nachher ein Blutsturz dem jungen, hoffnungsfrohen Leben ein jähes Ende.

Um zu zeigen, wie unendlich vorsichtig wir mit dem Begriff „vollständiger Heilung“ bei der Lungentuberkulose sein müssen, will ich einige instructive Krankengeschichten hier kurz anführen.

Junge in einer Grossstadt verheirathete, kinderlose Frau (Nr. 6) wird zum ersten Mal am 30. August 1895 in Lindheim aufgenommen. Seit Juni 1895 Husten, bacillenhaltiger Auswurf, zuweilen Hämoptoe, leichtes Fieber. Status: Beide Spitzen leicht gedämpft. Beiderseits unbestimmtes Athmungsgeräusch. Links in der Gegend der 2. Rippe vorne bronchiales Athmen. Hier bei tiefer Inspiration vereinzelte Rassler. Gewicht 131 Pfd. Verlauf cf. Curve.

Am 15. October 1895 entlassen: Keine deutliche Dämpfung; kein Rasseln; links vorne in der Höhe der 2. Rippe unbestimmtes und saccadirtes Athmen. Gewicht 144 Pfd. — Vom 2. März bis zum 10. August 1896 Nachbehandlung im Sanatorium ohne besondere Veranlassung. Gewicht bei der zweiten Aufnahme 137 Pfd., bei der zweiten Entlassung 150 Pfd. Entlassen fast ohne alle Symptome, anscheinend geheilt. — Pat. kehrt nach Hause zurück, macht eine gynäkologische Operation (Abrasio) durch, lebt nachher wie eine Gesunde und «macht Alles mit». So geht es ohne irgend eine Störung vom August 1896 bis zum Sommer 1900! — Da erkrankte Pat. ziemlich unvermittelt gelegentlich einer ausländischen Reise an recht hohem Fieber, Husten mit Auswurf und Heiserkeit. — Am 4. August 1900 wird Pat. wieder in Lindheim aufgenommen. Status: Gewicht 130 Pfd. Dämpfung beiderseits, rechts deutlicher. Links stark verschärftes Athmungsgeräusch. In der Praeaxillarlinie feuchte Rasselgeräusche. Rechts vorne oben bronchiales Athmen. Hinten neben der Wirbelsäule bronchiales Exspirationsgeräusch. Einzelne Rassler. Am 4. October verlässt Pat. gegen meinen Rath das Sanatorium. Gewicht 142½ Pfd. Lungenbefund fast unverändert.

Hier haben wir also einen Fall, der anscheinend geheilt war. Die Krankheit machte jahrelang keine Symptome, weder subjectiv noch objectiv. Und doch kam sie volle 5 Jahre nach ihrem erstmaligen Auftreten genau an derselben Stelle, wie das erste Mal, in verschärfter Form wieder zum Ausbruch. — Ein zweiter, analoger Fall, der nur eine kürzere Zwischenpause aufweist, ist ebenso interessant:

Junge Dame (Nr. 57), erblich schwer belastet, macht Ende 1896, 16 a. n., Morbilli durch. Herbst 1897 Lungencatarrh. Im Mai 1898 links Spitzencatarrh und seitlich unten abgegrenzte Pleuritis constatirt. Aufnahme in Lindheim den 8. Juni 1898. Status: Gewicht 133 Pfd. Linke Lunge oben deutlich gedämpft. Hinten unten und seitlich fast absolut. Hier abgeschwächtes Athmen und Stimmfremitus. Vorne oben verstärkter Fremitus, saccadirtes Athmen; kein Fieber. — Am 8. September 1898 entlassen. Gewicht 141 Pfd. Keine deutlichen Symptome, weder subjectiv noch objectiv. Nachkur vom 27. October bis zum 14. December 1898 in Lindheim. Gewicht beide Male 143 Pfd. Keine Symptome der Krankheit. — Nachdem Pat. den Rest des Winters 1898/99 und Sommer und Herbst 1899 sich ganz wie eine Gesunde gefühlt und auch «alles mitgemacht hatte», erkrankte sie im Januar 1900 wieder. Der behandelnde Arzt drang auf Uebersiedelung ins Sanatorium, die aber erst am 8. Juni 1900 erfolgte. Status: Gewicht 133 Pfd. Linke Spitze deutlich, vorne und hinten gedämpft. Reichlich, theils klingende Rasselgeräusche, vorne bis zur 4., hinten bis zur 6. Rippe. — Rechts oben etwas verschärftes Athmen. — Entlassung am 6. October 1900. Gewicht 147 Pfd. Dämpfung geringer. Rasseln viel weniger und nur links neben und über der Herzdämpfung und hinten zwischen Wirbelsäule und Scapula. In der Kehle leichte Schwellung in der Regio interarytaenoidea.

Auch hier haben wir es also mit einem Fall von Lungentuberkulose zu thun, der so vollständig geheilt schien, dass auch Prof. Dehio, welchem ich den Fall am 20. September 1898 vorführte, keinerlei Symptome der Krankheit mehr nachweisen konnte. Und doch tritt die Krankheit nach 1½jährigem, vollständig symptomenlosen Verlauf mit erneuter Heftigkeit und in weit bösartigerer Form als das erste Mal wieder auf. — Derartige Erfahrungen mahnen uns zur äussersten Vorsicht und Zurückhaltung in allen den Fällen, wo es sich darum handelt, einen Kranken, der an Lungentuberkulose gelitten hat, „gesund zu sprechen“, d. h. ihn für geheilt zu erklären. — Turban und

Rumpf haben gewiss Recht, wenn sie sagen: „Auf die Verwendung des Ausdrucks „Heilung“ möchten wir in der Statistik ganz verzichten; eine absolute Heilung würden wir überhaupt nur auf dem Sectionstisch zu diagnosticiren wagen.

Ausser den referirten, nachher rückfällig gewordenen Fällen wurden in Lindheim anscheinend geheilt und sind es bisher geblieben die Kranken: Nr. 2 (aufgenommen vor 72 und entlassen vor 57 Monaten), Nr. 9 (vor 54 resp. 53 Monaten), Nr. 14 (vor 60 resp. 43 Monaten), Nr. 16 (vor 58 resp. 56 Monaten), Nr. 18 (vor 57 resp. 56 Monaten), Nr. 22 (vor 55 resp. 34 Monaten), Nr. 41 (vor 41 resp. 39 Monaten), Nr. 47 (vor 39 resp. $37^1/_2$ Monaten), Nr. 72 (vor 21 resp. 20 Monaten), Nr. 83 (vor 14 resp. 12 Monaten) und Nr. 85 (vor $13^1/_2$ resp. 12 Monaten).

Anmerkung. Hier möchte ich noch einen Fall erwähnen, der (23 a. n.) im Frühjahr 1891 an nachgewiesener Tuberkulose im linken Oberlappen (mit Fieber, Haemoptoe, bacillenhaltigem Auswurf etc.) erkrankte und den ich in meinem damaligen landischen Doctorat (in Sennen) nach hygienisch-diätetischer Methode combinirt mit Kreosotgebrauch im Sommer 1891 und gelegentlich eines Rückfalls auch im Frühling 1892 je einige Monate lang behandelt habe. Wir erzielten eine Gewichtszunahme von im Ganzen mehr als 30 Pfd. Sämmtliche Symptome der Krankheit schwanden. Der damalige Patient ist auch jetzt noch, 10 Jahre nach der Erkrankung, obgleich auch er inzwischen «so manchen Sturm erlebt» hat, anscheinend vollständig geheilt geblieben und geht ohne jede Störung von Seiten der Lungen seinem Berufe nach.

Das ganze Geheimniss, wie ein einmal anscheinend geheilter Lungenkranker diesen Zustand zu einem dauernden machen kann, beruht darauf, dass er die im Sanatorium gelernte, hygienisch-diätetisch geregelte, auf Kräftigung und Abhärtung des Körpers hinzielende Lebensweise nicht nur Jahr und Tag, sondern sein ganzes ferneres Leben hindurch mit eiserner Consequenz weiter fortführt und möglichst alle Schädlichkeiten meidet. — Dass diese Forderung nicht mit dem Temperament und den äusseren Lebensverhältnissen eines jeden Kranken vereinbar ist, ist leider nur zu wahr. Daher werden wir auch immer wieder einen gewissen Procentsatz unserer „bestgeheilten“ Kranken von Neuem der Krankheit verfallen sehen.

Zum Schluss noch kurz die in allen Berichten aus Lungenheilanstalten obligate Klage über die Zuweisung so überwiegend ungünstigen, ja hoffnungslosen Materials! — Ich will nichts darüber sagen, dass mir meist auf ärztliche Verordnung 35 dem III. Stadium der Krankheit angehörende, 45 hoch fiebernde Kranke ins Haus gebracht worden sind; auch darüber will ich weiter kein Wort verlieren, dass ich gleich bei der Aufnahme 54 von meinen Kranken eine so gut wie hoffnungslose Prognose stellen musste. Die Prognose ist ja gewiss eine recht ungewisse; und wenn es uns gelingt, in einem Falle, den wir glaubten aufgeben zu müssen, doch noch ein einigermassen zufriedenstellendes Resultat zu erreichen, so wird uns das doppelt freuen. — Dass aber, wie das leider vorgekommen ist, auf dringendes Verlangen von Seiten des behandelnden Arztes, gegen den Willen des Patienten ein in den letzten Zügen liegender, bereits mit deutlichen Knöchelödemen behafteter Schwindsüchtiger bei den denkbar schlechtesten Frühjahrswegen in ein Sanatorium geschleppt wird, das beinahe 50 Werst von der nächsten Eisenbahnstation entfernt liegt, das kann ich nur als unverantwortlich bezeichnen.

In Zukunft, wo die Lindheim betreffenden Communicationsverhältnisse sich plötzlich wesentlich ändern werden, indem die Station „Korwenhof“ der voraussichtlich in diesem Herbst zu eröffnenden schmalspurigen Eisenbahnlinie Walk-Marienburg-Stockmannshof nur eine halbe Werst von Lindheim zu liegen kommt, — wird schon ohne ärztliches Hinzuthun mancher ganz hoffnungslose Patient herkommen, weil der Schwindsüchtige (— ebenso wie scheinbar auch mancher Arzt —) leicht geneigt ist, von der Anstaltskur, über die er vielleicht Günstiges gelesen oder gehört hat, eine directe Wunderwirkung zu erwarten. — Da bitte ich denn die Collegen, ihren Einfluss auf die Kranken dahin geltend zu machen, dass sie in weit vorgeschrittenen Stadien der Krankheit, in denen von Heilung oder wesentlicher Besserung überhaupt keine Rede mehr sein kann, ruhig zu Hause oder in einem städtischen Hospital bleiben. Es ist das entschieden humaner als die armen Kranken eine allemal anstrengende Reise machen zu lassen, um sie in einem Sanatorium zu placiren, das nicht für Schwerkranke eingerichtet ist, in dem sie daher immer Manches werden entbehren müssen, was sie zu Hause haben können.

Wir müssen uns bemühen, die Lungentuberkulose in möglichst frühem Stadium zu diagnosticiren. Ist uns das gelungen, und ist es zu ermöglichen, den Kranken gleich nachher in einem Sanatorium zu placiren und wenn auch nur einige Monate behandeln zu lassen, so können wir ihm mit einer Wahrscheinlichkeit von mindestens 4 : 5 eine relativ günstige Prognose stellen.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Dr. K. Schaffer: Ueber Tabes und Paralyse. Anatomisch-klinische Vorträge aus dem Gebiete der Nervenpathologie. (Jena 1901, G. Fischer).

Die vom Verfasser gewählte Form der wissenschaftlichen Besprechung so wichtiger Fragen hat grosse Vorzüge: die Vorträge lesen sich leicht, die Anordnung des Stoff's ist ungezwungen, dabei übersichtlich. Besonderes Gewicht hat der Autor auf die anatomische Seite gelegt, entsprechend seiner reichen eigenen Erfahrung auf diesem Gebiet. Weniger genau ist die klinische Bearbeitung, so ist beispielsweise bei Besprechung der Tabes den Veränderungen der Sensibilität ein allzu knapper Abschnitt zugemessen, besonders, wenn man bedenkt, dass die Fragen, deren Beantwortung Schaffer auf anatomischem Gebiet sucht, sehr wohl auch auf klinischem Wege gelöst werden können. Ref. kann die Behauptung des Autor's, die Tabes sei eine Erkrankung, die nur vom Ergriffensein der hinteren Wurzeln ausgeht, nicht ohne weiteres unterschreiben. Ebenso wenig scheint dem Ref. der Satz bewiesen, dass «das anatomische Substrat der tabischen Ataxie die Sclerose der Hinterstränge sei», wie käme es denn, dass wir so häufig einen ganz im Anfangsstadium der Tabes stehenden Patienten, plötzlich unter den Erscheinungen schwerster Ataxie bettlägerig werden sehen? Derselbe Kranke ist oft schon nach einigen Wochen so weit gebessert, dass sich die Spuren der Störung nur bei sorgfältiger Untersuchung nachweisen lassen. Eine anatomische Läsion kann weder so rasch entstehen noch verschwinden, wir haben eben mit complicirten Vorgängen nicht aber mit so klaren und einfachen Abhängigkeiten zu rechnen.

Das Schaffer'sche Buch ist im übrigen der Aufmerksamkeit der Fachcollegen entschieden zu empfehlen. Schöne Reproductionen mikrophotographischer Aufnahmen geben ein vorzügliches Bild von der tabischen Hinterstrangserkrankung und von den Befunden bei progressiver Paralyse.

Voss.

Prof. Dr. F. Trautmann: Leitfaden für Operationen am Gehörorgan. Bibliothek von Coler, herausgegeben von O. Schjerning. Band IV. Verlag von August Hirschwald, Berlin 1901.

In diesem, etwas mehr als 100 Seiten fassenden, Büchlein bespricht Verf. die operativen Eingriffe an den verschiedenen Theilen des Gehörorgans bei Neubildungen, Missbildungen, Fremdkörpern, Entzündungen und sonstigen Erkrankungen desselben. Besonders ausführlich ist die Eröffnung des Antrum mastoideum und die Freilegung der Mittelohrräume besprochen. Entsprechend berücksichtigt sind auch die Complicationen seitens des Gehirns, seiner Häute und Blutleiter. Trotz ihrer Kürze ist die Darstellung eine recht klare und leicht verständliche und durch 27 Abbildungen illustrirt. Die Ausstattung des Leitfadens ist eine sehr elegante. Die kleinen, manchmal aber lebensrettenden, Operationen am Gehörorgan lassen sich nach diesem Büchlein sehr gut erlernen.

Die eingreifenderen erfordern selbstverständlich zuerst ein genaues Studium an der Leiche und am lebenden Menschen.
A. Sacher.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

683. Sitzung vom 19. December 1900.
Vorsitzender: E. Moritz.
Secretär: stellvertr. E. Michelson.

1) E. Moritz: «Extractum Belladonnae bei Darmocclusion». (Erschienen in der «St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift»).

Discussion:

Fick: Die besprochenen Processe sind in ätiologischer Hinsicht ausserordentlich verschieden; die durch locale oder allgemeine Entzündungen des Peritoneum hervorgerufenen sind anderer Natur als die durch Obturation oder Strangulation bedingten. Belladonna wird nicht auf alle in gleicher Weise einwirken; auf eine Axendrehung dürfte sie wohl ganz wirkungslos bleiben, als Specificum dagegen ist sie beim dynamischen Ileus d. h. bei Parese des Darmes nach Entzündung desselben zu betrachten. Als Beispiel führe ich die Perityphlitisfälle der 3 letzten Jahre aus dem Deutschen Alexander-Hospital an. Als Regel gilt, dass die Operation derselben ausgeführt wird zu einer Zeit, wo die Darmsperre gehoben ist, also im Intervalle zwischen den Attaquen, oder dann, wenn ein Abscess deutlich nachzuweisen ist, welcher nicht resorbirt wird. Alle diese Fälle wurden mit Belladonna behandelt und nur in zweien versagte sie, wo ich daher wegen fortbestehender Darmsperre sofort operativ eingreifen musste. In diesen 2 Fällen traten auch Intoxications-Erscheinungen auf, obgleich die Dosis 0,12 nicht überschritten worden war. Bei Appendicitis wird sich Belladonna fast immer bewähren, viel weniger bei der Obturation, noch weniger bei Strangulation, speciell der Hernien.

E. Moritz: Die eben genannten Fälle sind derartige, in welchen sich der Arzt rasch entscheiden muss, ob er gleich operiren oder ob er abwarten soll. Entschliesst er sich zu warten, so soll er Belladonna verabreichen.

Schmidt: Ich kann die günstige Wirkung der Belladonna bei Peritonitis und Perityphlitis im Kindesalter bestätigen. In Form einer Emulsion wird sie besser als Opium vertragen und wirkt auch besser als diese.

Wanach: Unsere ungenauen pharmakologischen Kenntnisse über die Belladonna sind sehr zu bedauern. Ihr wirksamer Bestandtheil ist wohl nicht allein das Atropin; das Extractum Belladonnae soll in seiner Zusammensetzung sehr unzuverlässig sein. Belladonna- und Atropinwirkung decken sich nicht, da in der Belladonna noch wenig erforschte Stoffe enthalten sind. — Die Belladonna-Verabreichung ist wie überhaupt jede Medication per os bei allgemeiner Peritonitis oft durch das unstillbare Erbrechen behindert; Bartsch hat daher die subcutane Anwendung des Atropins versucht (cf. Bartsch: Ileus und Atropin). In Ileusfällen dunklen Ursprungs injicirte er das Atropin in grossen Dosen, bis zum Fünffachen der Maximaldosis. 1—3 Injectionen einer solchen Dosis bewirkten immer Stuhlgang, dabei traten meist keine Intoxicationserscheinungen auf, namentlich nicht von Seiten des Herzens. Spätere Mittheilungen praktischer Aerzte in Deutschland über diese Anwendung des Atropins bei Ileus unbekannten Ursprungs, ja sogar bei incarcerirten Hernien, bestätigten die günstige Wirkung, nur geht leider aus ihren Schilderungen kein klarer Krankheitsbefund hervor. Eines Versuches ist das Mittel jedenfalls werth. In zwei Fällen allgemeiner Peritonitis habe ich die Maximaldosis ganz ohne Erfolg angewandt, geschadet hat das Mittel aber auch nicht. Ein Fall von bedrohlicher Darmparese wurde vielleicht durch Belladonna gerettet. Es handelte sich um eine sehr fette, alte Frau, welche ich wegen incarcerirter Nabelhernie zum zweiten Male operirte. Es lagen viele Verwachsungen vor, aber keine Darmgangrän, keine Strangulation, eher eine Obturation. Nach der Operation dauerte das Erbrechen an, der Darm war sehr paretisch, Puls und Temperatur sanken weit unter die Norm. Alle Mittel gegen die Darmparese blieben wirkungslos, erst als Belladonna in grossen Dosen gegeben wurde, begannen Gase langsam und schwer abzugehen, es trat Besserung und schliesslich Genesung ein.

E. Moritz: In zweifelhaften Fällen von Darmsperre ist nach Allem Belladonna das Beste; man schadet nicht, hat aber grosse Chancen zu nützen.

Th. Schröder: Giebt nur Kobert eine reizende Wirkung des Atropins an?

E. Moritz: Ausser bei Kobert habe ich keine entsprechende Notiz gefunden.

Westphalen: Bei spastischer Obstipation habe ich selten Besserung von der Belladonna gesehen. Vorzüglich bewährte sie sich mir bei hysterischem Spasmus des Darmes nach acuter Indigestion; Schmerzen, Erbrechen, eingesunkener Leib schwanden fast augenblicklich nach Belladonna in Suppositorien. — Die differenten Meinungen über die pharmakologischen Wirkungen der Belladonna wurzeln vielleicht in der complicirten Innervation des Darmes.

Masing: Ich möchte für das Opium ein Wort einlegen. Ich kann nicht zugeben, dass die Tympanie durch Opium verstärkt wird. Der alte Satz, dass Opium auch ein Abführmittel ist, bestätigt sich in solchen Fällen. Intoxications-Erscheinungen durch Belladonna, namentlich Accommodationsstörungen, wurden früher sehr häufig in Petersburg gesehen, wo Professor Eichwald und seine Schüler grosse Belladonnagaben verordneten.

Th. Schröder: Solche Intoxicationen werden von uns Augenärzten jetzt nicht mehr beobachtet.

2) Ucke: «Zur bacteriologischen Diagnose der Tuberkulose». Demonstration von Präparaten.

Es liegt nicht in meiner Absicht, Ihnen etwas Neues oder Epochemachendes heute vorzuführen. Der Zufall hat mir einige sehr instructive Präparate in die Hand gespielt und diese Ihnen zu demonstriren, ist mein Zweck. Einige erläuternde Worte seien vorausgeschickt.

Bei der bacteriologischen Diagnose der Tuberkelbacillen besitzen wir den grossen Vortheil, bereits durch die alleinige mikroskopische Untersuchung, ohne zu Hilfenahme von Culturen, zum positiven Resultat zu gelangen. Der negative Ausfall der Untersuchung jedoch lässt den Einwand zu, dass uns die bacillenhaltigen Partien des zu untersuchenden Materials nicht unter die Augen gekommen sind, oder dass die Bacillen in zu geringer Anzahl vorhanden waren und daher unserer Beobachtung entgehen konnten. Daher war man schon seit lange bestrebt, das zu prüfende Object zu concentriren, das Sputum zu verflüssigen, die Bacillen im Bodensatz zu sammeln. Immerhin hafteten diesen Methoden, unter denen ich das Kochen mit Lauge und die Verdünnung des Sputums mit Kreatin erwähnen möchte, verschiedenfache Mängel an, die sie nicht zum ausgedehnten Gebrauche befähigten.

Da gab Hesse ein Verfahren an, das auf dem Gedanken beruhte, das Material durch Cultur an Tuberkelbacillen zu bereichern. Er gab einen besonderen mit Nährstoff-Heyden statt Pepton bereiteten Agarnährboden an und strich das Material, meist Sputum, auf in Schalen ausgegossenen Nährboden aus. In 6 Stunden beobachtete er bereits eine *Proliferation* der Tuberkelbacillen, die bis zum 7. Tage *trotz der* Wucherung anderer Mikroben fortging. Eine Anzahl Autoren bestätigte diese Angaben von Hesse, doch behaupteten Ficker und Römer, dass es nicht auf den Nährstoff-Heyden dabei ankomme, sondern auf den mit ausgestrichenen Schleim des Sputums, der die Proliferation der Bacillen begünstigte.

Juchmann suchte die Anreicherung in ähnlich zusammengesetztem flüssigen Nährboden zu erreichen und suchte dann den Satz zu untersuchen.

Aus dem oben Gesagten erhellt, dass wir im Stande sind, die Tuberkelbacillen leicht ausserhalb des Körpers zur Proliferation zu bringen und wäre die weitere Frage an grossem Material zu prüfen, ob wir auf diesem Wege eine sichere Frühdiagnose der Tuberkulose erreichen.

Meine Absicht jedoch ging dahin, Ihnen die sehr instructiven Präparate vor Augen zu führen. Während Sie in dem Probirröhrchen nur sehr geringe weisse Auflagerungen finden, können Sie sich unter dem Mikroskop überzeugen, dass schon nach 2×24 Stunden nicht einzelne Bacillen im Gesichtsfelde liegen, sondern Garben: nach 3×24 Stunden sind die Häufchen schon reicher an Bacillen, dicker. Nach 6×24 Stunden endlich sehen sie schon bei schwacher Vergrösserung von etwa 1:70 intensiv roth gefärbte flechtenartige Bündel.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass ein intensives Wachsthum, eine ungeheure Vermehrung stattgefunden hat und das bei einem Bacillus, den wir als einen sehr langsam wachsenden zu betrachten gewohnt sind.

(Autoreferat).

Bericht über die wissenschaftliche Thätigkeit des Vereins St. Petersburger Aerzte für das Jahr 1900.

Zusammengestellt vom Secretär G. Albanus.

Im Laufe des Jahres 1900 hielt der Verein 16 wissenschaftliche Sitzungen ab, in welchen von 16 Mitgliedern und 6 Gästen 31 wissenschaftliche Mittheilungen gemacht, 6 Patienten vorgestellt und zahlreiche Präparate und Abbildungen demonstrirt wurden.

Die Vorträge und Mittheilungen vertheilen sich folgendermassen auf die einzelnen Disciplinen:

Innere Medicin.

Dehio: Ueber die mechanische Behandlung des Hydrops anasarca.

Feldt: Bericht über das Sanatorium Pitkijärwi.
E. Moritz: Ein Fall von Ileus infolge von Aneurysma der Bauchaorta.
E. Moritz: Zur Belladonna-Behandlung bei Darmocclusion.
O. Moritz: Ueber den klinischen Werth von Gefrierpunctsbestimmungen.
Prof. Poehl: Ueber Autointoxicationen.
Ucke: Zur Frage nach dem Erreger des Keuchhustens.
Westphalen: Ueber spastische Obstipation.

Nervenheilkunde.

Nissen: Ueber Hirntumoren.
Peters: Ein Fall von Dystrophia muscularis progressiva.
Voss: 2 Fälle von Kleinhirntumoren.
» : Ein Fall von Ponstumor.

Chirurgie.

Fick: Ueber tuberculöse Darmtumoren.
Heucking: Ueber die malignen Tonsillentumoren und deren chirurgische Behandlung.
Schmidt: Ein Fall von Verschlucken eines Fremdkörpers.
Horn: Demonstration von 2 Patienten mit angeborener Hüftgelenksluxation.
Tiling: Zur Casuistik der Hirnchirurgie.
» : Ein Fall von Intussusception infolge von Carcinom.
Tiling: Ein Fall von Rectumprolaps, hervorgerufen durch ein Carcinom.
Weber: Kriegschirurgische Erfahrungen aus Transvaal.

Gynäkologie und Geburtshilfe.

Tiling: Bericht über eine rupturirte Tubargravidität mit Ileuserscheinungen.

Augenheilkunde.

Germann: Ein Fall von eitriger metastatischer Irido-Chorioriditis nach croupöser Pneumonie. Meningitis. Tod.

Ohren-, Nasen- und Rachenkrankheiten.

Hellat: Papilloma laryngis, entfernt durch Laryngotomie.
Hellat und Ucke: Tonsillitis streptothricia.

Hautkrankheiten und Syphilis.

Petersen: Demonstrationen:
a) Ein Fall von universellem Eczem.
b) Pemphigus pruriginosus.
c) Lupus der Nase, Wangen, Oberlippe und des Zahnfleisches.
d) Elephantiasis.

Diversa.

Dr. chem. Gallas: Ueber Vasogen.
Hohlbeck: Kriegsärztliche Erfahrungen aus Transvaal.
Phelan: Demonstration eines orthopädischen Apparates.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau **L. A. Bogoslawskaja**, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.

Ольга Свѣтлова, Сергіевск. д. 17, кв. 19

Довв. ценз. Спб., 9 Іюня 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. KatharinenhoferPr. № 15.

XXVI. JAHRGANG **ST. PETERSBURGER** Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio.
Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals.
Riga.

Dr. Rudolf Wanach.
St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabz[illegible]

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäfts[illegible] Dr. Rudolf Wanach in St. P[illegible]

[illegible] während der Geburt und im Wochenbette» ähnlich ausgesprochen. Er fügt hinzu, dass die Trennung der Beckengelenke so häufig vorkomme, dass jeder Arzt nach schweren Geburten daran denken muss, namentlich wenn Schwerbeweglichkeit der unteren Extremitäten post partum vorhanden ist. Er selbst hat im Laufe von 9 Jahren 8 Fälle von Verletzungen der Beckenfugen erlebt und einen 9. in seinen Folgezuständen kennen gelernt, während er gegen 100 Fälle aus der Literatur bei seiner Bearbeitung benutzt hat. Nachher hat er allerdings in 18 Jahren keinen weiteren Fall von Zerreissung der Symphysen beobachtet. Seiner Ansicht von der Häufigkeit der Symphysenrupturen stehen

[1]) Ulsamer: Neue Zeitschrift für Geburtskunde. II. 1835.
[2]) Ahlfeld: Schmidt's Jahrbücher. Bd. 169.

Wir kommen zuerst auf die Lockerung der Beckenverbindungen während der Schwangerschaft zu sprechen. Seit Hippokrates Zeiten hat es immer Vertreter der Anschauung gegeben, dass in der letzten Zeit der Gravidität und ebenso im Puerperium eine mehr oder weniger ausgesprochene Beweglichkeit der Beckenfugen vorhanden sei. In neuerer Zeit ist diese Ansicht durch die umfassenden Untersuchungen an der Braun'schen Klinik bestätigt worden [7]), und kann man heute nicht mehr daran zweifeln, dass eine physiologische Auflockerung der Beckengelenke in der letzten Zeit der Schwan-

[3]) Braun von Fernwald: Ueber Symphysenlockerung und Symphysenruptur. Arch. f. Gynäkol. Bd. 47.
[4]) Schauta, Lehrbuch.
[5]) Davor: Wiener Klin. Woch. Bd. XII, 1899.
[6]) Centralblatt für Gynäkologie.
[7]) Braun von Fernwald, Arch. f. G. Bd. 47.

gerschaft vor sich gehe und somit auch die harten Geburtswege für den Act der Geburt geeigneter gemacht werden. Die grösste Beweglichkeit tritt bei jungen Mehrgebärenden auf, die geringste bei alten Erstgebärenden. Ich selbst habe mich davon überzeugen können, dass die physiologische Erschlaffung einen recht hohen Grad erreichen kann, ohne dass irgend welche Störungen zu bemerken gewesen wären.

Auch an Thieren ist die Auflockerung der Gelenke des Beckens während der Schwangerschaft festgestellt worden. So hat Keilmann[8]) an schwangeren Fledermäusen die Symphysis pub. stark erweicht und bemerkenswerth verbreitert gefunden.

Von der normalen Lockerung der Synchondrosen des Beckens ist die pathologische zu unterscheiden. Braun von Fernwald definirt die letztere folgendermassen: «Pathologisch kann man die Lockerung und damit die consecutive Beweglichkeit nur dann nennen, wenn damit Beschwerden verbunden sind, wenn durch die Lockerung Schmerzen in den Gelenken und Beeinträchtigung des Ganges auftreten, auf die Distanz der Symphysenenden kann es nicht ankommen». — Solche pathologischen Erschlaffungen der Beckengelenke sind vielfach beobachtet worden.

Einen derartigen noch nicht veröffentlichten Fall, eine Dorpater Beobachtung, hat mir Dr. Keilmann mündlich mitgetheilt:

Die betreffende Frau war gegen 30 Jahre alt, gross, kräftig gebaut, von blühendem Aussehen. Sie gab an, dass sie in der 2. Hälfte der 1. Gravidität Schmerzen in der Symphysengegend bekommen hätte und schliesslich nur wackelnd und unsicher gehen konnte, wobei sie bei jedem Schritt ein «Krachen» gespürt hätte. Nach der Geburt, die wie das Wochenbett uncomplicirt verlief, bekam sie allmählich wieder ein «festeres Gefühl», konnte Anfangs nur unsicher, doch bald ohne Störung gehen und fühlte sich ganz gesund. In der 2. Schwangerschaft kehrten diese Erscheinungen wieder und stellte sich deshalb die Schwangere vor. Objectiv liess sich eine gegen das Ende der Schwangerschaft bedeutend zunehmende Lockerung der Symphyse constatiren, so dass die Symphysenenden schliesslich in der Richtung von oben nach unten um mehr als 1 Ctm. an einander vorbeigeschoben werden konnten. Die Patientin brachte die letzte Zeit meist liegend zu. Die Geburt verlief auffallend schnell und war wohl wegen der sehr schnellen Entleerung des Uterus von einer nicht unbeträchtlichen Blutung gefolgt. In der 3. Woche des sonst uncomplicirten Wochenbettes begann die Wöchnerin mit Schmerzen und unsicher zu gehen. Im Laufe von 2 weiteren Wochen schwand die Beweglichkeit der Schamfuge und kehrte die frühere volle Sicherheit wieder.

Dieser Fall ist insofern bemerkenswerth, als hier in 2 aufeinander folgenden Graviditäten die Erschlaffung eintrat. Die 2. Geburt ging auffallend schnell vor sich, eine Beobachtung, die bei Geburten nach früher einmal überstandener Ruptur einer Symphyse häufig gemacht worden ist.

Die Erschlaffung kann eine angeborene, sie kann eine erworbene sein. Als Beispiel für den ersten Fall wird mehrfach der Tübinger Fall angeführt, in dem Luschka sich für eine angeborene Bildungsanomalie ausgesprochen hat. Ahlfeld widerspricht dem, indem er meint, dass bei so hochgradiger angeborener Erschlaffung Behinderung des Ganges bestanden haben müsste. Dieser Einwand wird dadurch widerlegt, dass Diastasen der Schamfuge ohne Ectopie der Blase und ohne Störungen im Gange bekannt sind[9]).

Die pathologische Erschlaffung begünstigt natürlich das Eintreten einer Ruptur während der Geburt, namentlich bei grossem Missverhältnisse zwischen Kopf und Becken.

Geringe Grade pathologischer Auflockerung gehen häufig in kurzer Zeit zurück, werden leicht übersehen oder mit Schwächezuständen verwechselt.

[8]) Keilmann: «Zur Klärung der Cervixfrage». Zeitschrift für Geburtsh. u. Gyn. Bd. XXII. Heft 1.
[9]) Schauta, Centralbl. f. Gynäk. 1899, Nr. 34.

Als Ursache der pathologischen Erschlaffung kann man nach Phänomenow und Dührssen[10]) Proliferationsvorgänge in den Gelenkknorpeln und den angrenzenden Knochen ansehen, die durch Zerrung der Gelenke hervorgerufen werden. Dührssen sagt: «Bei schweren Geburten kann eine solche Zerrung der Symphysen, insbesondere der Symph. oss. pub. stattfinden, dass dieselbe zu einer Proliferation des Gelenkknorpels führt. Bleibt diese auf einem frühen Stadium stehen, so ist für die folgende Geburt eine Prädisposition zur Ruptur gegeben. In den meisten Fällen aber schreiten die Veränderungen des Knorpels weiter fort und es entsteht entweder sehniges Binde- oder Knochengewebe, welch' letzteres eine Ruptur unmöglich macht».

Traumen während der Schwangerschaft haben auch die Ursache zur Erschlaffung der Beckengelenke mit nachfolgender Ruptur gegeben. Derartige Fälle sind von Grenser, von Ulsamer und Arendt bekannt gemacht worden.

Von Gelenkerkrankungen, die eine Prädisposition zur Zerreissung einer Symphyse abgeben können, sind vor allen Dingen Tuberkulose und Gelenkrheumatismus zu nennen. Galvagni[11]) berichtet über einen Fall von Symphysenruptur, der durch Tuberkulose verursacht worden ist; Jellinghaus[12]) über einen, den er auf Gelenkrheumatismus zurückführt. Rudaux[13]) will auch noch Gelenksyphilis als prädisponirend gelten lassen.

Ausser in den verschiedenen Entzündungsvorgängen in den Gelenken des Beckens müssen wir eine Disposition zur Ruptur der Symphysen auch in der Configuration des Beckens selbst suchen. Den Uebergang hierzu giebt das osteomalacische Becken, das in hohem Grade zur Trennung der Beckengelenke intra partum disponirt. Von den übrigen verengten Becken, deren Knochensubstanz zur Zeit der Geburt keiner pathologischen Veränderung unterworfen ist, ist vor Allem das allgemein verengte Becken für die Zerreissung seiner Fugen geeignet. Die Schuld daran trägt der kleine quere Durchmesser. Seltener wurden Symphysenzerreissungen beim rhachitischen und einfach platten Becken beobachtet, da hier der quere Durchmesser nicht verkleinert ist. Ja Ulsamer leugnet sogar die Möglichkeit der Zerreissung am rhachitischen Becken.

Wenn das rhachitische Becken nicht zugleich auch allgemein verengt ist, so ist jedenfalls eine ansehnliche Kraft dazu erforderlich, um es zu sprengen. Wehenkraft allein ist dazu nicht im Stande.

Trichterbecken müssen durchaus auch als zur Beckensprengung disponirend angesehen werden, doch sind selten darüber Mittheilungen gemacht worden. Zum Theil liegt das wohl daran, dass das Trichterbecken schwerer als solches zu erkennen ist, als die anderen Formen des verengten Beckens.

Substanzveränderungen der Beckenknochen sind mehrmals schuld an Zerreissungen gewesen. Hüter beschrieb einen Fall mit Caries oss. sacri und Scharf einen mit einem Medullarsarcom.

Für das Entstehen einer Symphysenruptur haben wir noch die bei der Geburt zur Anwendung gekommene Kraft, sei es die Kraft der Wehen bei spontanen Geburten, sei es die des operirenden Geburtshelfers bei künstlichen, die Stellung des Kopfes und die falsche Zugrichtung bei vorgenommener Extraction zur Verantwortung zu ziehen.

Nach den Poullet'schen Versuchen an Leichen gehört eine Kraft von ca. 200 Kilo dazu, um ein Becken

[10]) Dührssen, Arch. f. Gyn. Bd. 35.
[11]) Galvagni, Schmidt's Jahrbücher Bd. 141.
[12]) Jellinghaus, Centralbl. f. Gyn. 1899, Nr. 43.
[13]) Rudaux, Centralbl. f. Gyn. 1899, Nr. 30.



zu sprengen. Eine derartige Kraftentfaltung kann weder von den Wehen, noch vom Operateuren bei richtigem Zuge geleistet werden.

Wo daher nach spontanen Geburten Rupturen festgestellt werden, wird man wohl annehmen müssen, dass eine Disposition, vornehmlich durch irgend eine Gelenkaffection, gegeben gewesen sein muss. Ebenso wird man sich stellen müssen, wenn die Trennung nach mässigem Zuge bei der Extraction des Kindes geschehen ist. Wie gering zuweilen die erforderliche Kraft gewesen sein muss, geht daraus hervor, dass die Ruptur einmal bei der Geburt eines Kindes im intacten Fruchtsack[14]) erfolgt ist. Desgleichen hat man sie mehrfach beim nachfolgenden Kopf gesehen oder nach dem Durchtritt ausserordentlich entwickelter Schultern, wo es feststeht, dass der Kopf spielend leicht das kleine Becken passirte[15]).

Tiefer Querstand des Kopfes und Vorderhauptslagen sind mehrfach bei Gelenktrennungen des Beckenringes beobachtet und für dieselben verantwortlich gemacht worden.

Tritt zu solcher für die Geburt nachtheiligen Kopfstellung noch eine falsche gegen die Symphyse gerichtete Zugrichtung und zu frühzeitiges Erheben der Zangengriffe hinzu, so lässt es sich sehr leicht denken, dass hierbei eine genügende Kraft entwickelt werden kann, um selbst zur Zerreissung nicht disponirte Becken zu sprengen. «Diese falsche Richtung des Zuges», sagt Ahlfeld, «verbunden mit einer zu grossen Kraftanwendung von Seiten des Geburtshelfers, halte ich, wo keine primäre Erkrankung der Beckengelenke vorhanden ist, für das bedeutungsvollste Moment bei der Entstehung der Beckendistorsionen».

Jellinghaus dagegen will eine Ruptur einer Symphyse, nur durch Gewalt verursacht, nicht zugestehen. Er meint, es müsse immer eine Disposition vorliegen. Ausserdem wäre es in forensischer Beziehung durchaus wünschenswerth, wenn diese Prädisposition mehr betont würde, um sich gegen die immer mehr und mehr umsichgreifende Geneigtheit des Publikums, die Aerzte vor Gericht zu ziehen, besser schützen zu können. Er geht wohl von dem Gesichtspuncte aus, dass Laien es leicht als selbstverständlich ansehen könnten, dass an einer derartigen schweren Verletzung nur rohe Gewalt schuld sei. Ich meine, dass in den meisten Fällen von Symphysenruptur wohl eine Disposition vorgelegen hat, dass aber in einer grossen Zahl dieses traurige Ereigniss sich hätte umgehen lassen, wenn von Seiten des Arztes eine strenge Indication für die Zangenextraction gestellt worden wäre. Es bleibt in jedem Falle immer auffallend, dass unter der nicht sehr grossen Zahl der veröffentlichten Fälle der grösste Theil nach Anwendung der Zange erfolgt ist. Rudaux hat bei einer Zusammenstellung von 98 Symphysenrupturen gefunden, dass 70 davon nach Anlegung der Zange passirt sind, wobei unter allen 98 Fällen nur 36 Mal ein enges Becken vorgelegen hat.

Der Ruptur kann jede der 3 Beckenverbindungen unterworfen sein. Nach Ahlfeld reisst nie eine Symphyse allein, sondern mindestens noch eine zweite. Nur in einem Falle macht er eine Ausnahme und zwar mit dem osteomalacischen Becken. Hier könne eine Symphyse allein bersten, die übrigen vermöchten durch Verbiegung der erweichten Knochen intact zu bleiben. Savor und Braun von Fernwald sind dagegen anderer Ansicht und meinen, dass es nicht nöthig sei, dass mindestens 2 Symphysen zugleich rissen. Savor führt einen Fall an, in dem es nur zur Ruptur der Schamfuge kam, ein Zeichen für Mitbetheiligung einer Art. sacroil. sei nicht zu finden gewesen. Braun von Fernwald weist auf den Befund bei Sectionen nach Symphyseotomien hin, wo selbst bei grossem räumlichen Missverhältnisse beide Hüftkreuzbeinfugen unverletzt geblieben waren. Diese Fälle von Zerreissung einer Symphyse werden aber wohl so selten sein, dass man als Regel die gleichzeitige Ruptur zweier Gelenke aufstellen muss. Es können auch alle 3 Gelenke zugleich auseinander weichen. Die Schamfuge reisst nach Ahlfeld am häufigsten und zwar zusammen mit der rechten Hüftkreuzbeinfuge, dann folgen die Schamfuge und die linke Hüftkreuzbeinfuge, dann alle 3 Gelenke, am seltensten beide Art. sacroil. — Die Grade der Verletzung sind sehr verschieden, von geringer Beeinträchtigung des Bandapparates bis zu vollständiger Durchtrennung und Auseinanderweichen der betroffenen Gelenke. Die Hüftkreuzbeinfugen klaffen wohl meistens nur an der inneren Fläche des Beckens. Der Riss kann mitten durch das Gelenk gehen, er kann aber auch nur den Knorpel betreffen oder es kann der Knorpel vom Knochen getrennt werden. An der Schamfuge kann eine Verletzung des Bandapparates ohne Beeinträchtigung des Gelenkes selbst eintreten, an der Hüftkreuzbeinverbindung ist dagegen immer das Gelenk in Mitleidenschaft gezogen.

Durch Berstung der Verbindungen wird dem Kopf Raum gegeben. Doch nicht immer genügt diese geringe Erweiterung für den Durchtritt des Kopfes durchs kleine Becken. Es kommt dann noch eine beträchtliche Vergrösserung der Conj. vera dadurch hinzu, dass eine Drehung und Verschiebung der Gelenkflächen der Darmbeinschaufeln um eine quere horizontale Achse vor sich geht. Durch diesen Vorgang wird es erklärt, dass unter Umständen nach Heilung einer erfolgten Symphysenruptur eine Verlängerung der Conj. vera zu verzeichnen ist, so dass die nächsten Geburten leicht spontan verlaufen. Andererseits kann aber auch bei der Heilung eine übermässige Kallusbildung das kleine Becken einengen und dadurch ein Geburtshinderniss geschaffen werden, dass unbedingt Kunsthilfe erfordert.

Die Berstung eines Beckengelenkes erfolgt unter meist deutlich hörbarem «Krachen». Der hochstehende Kopf tritt sofort mit einem Ruck tiefer und wird danach auffallend leicht entwickelt. Ist die Kreissende nicht chloroformirt, so fühlt sie zuweilen selbst den Riss und empfindet so zugleich im zerrissenen Gelenk einen heftigen Schmerz, der nachlassen kann, sobald der Kopf die Rupturstelle passirt hat. Die Gelenkenden stehen mehr oder weniger weit von einander ab und lassen sich zu einander verschieben. An der Schamfuge ist das Klaffen besonders deutlich, wenn man die Beine im Hüftgelenk flectirt und zugleich nach aussen rotirt und abducirt. Die betroffenen Gelenke schmerzen, sind sehr druckempfindlich. Die Schmerzen werden immer an derselben Stelle angegeben. Bei activer Bewegung sowohl — wenn Bewegungen überhaupt möglich sind —, als auch bei passiver verspüren die Wöchnerinnen ausserordentlich heftige Schmerzen in der Gegend der verletzten Fugen. Die Nachbarschaft der getrennten Symphysen ist bei schwereren Verletzungen meist in Mitleidenschaft gezogen. Häufig findet man Incontinentia urinae, während doch sonst post partum meist das Gegentheil beobachtet wird. Bei schwerer Beeinträchtigung der Beckensymphysen liegen die Beine schlaff, vollständig nach aussen rotirt der Unterlage auf, so dass letztere von der Aussenfläche des Knies und des Fusses berührt wird, wobei gleichzeitig vollständige Bewegungsunmöglichkeit wahrzunehmen ist. Die Sensibilität ist dabei erhalten.

Die Diagnose ist in Fällen von wirklicher Ruptur einfach und leicht und ist nach Ahlfeld's Ansicht der

[14]) Ahlfeld, Schmidt's Jahrb. Bd. 169.
[15]) Dührssen, Arch. f. Gyn. Bd. 35.

üble Ausgang nach einer derartigen Verletzung, wenn die Diagnose nicht gestellt ist, dem Arzte in die Schuhe zu schieben. Bei geringeren Graden der Verletzung ist die Diagnose nicht immer leicht. Sie wird durch die vaginale Untersuchung unterstützt. Existiren vordere Scheidenrisse, so kann man unter Umständen die Verletzung der Schamfuge direct mit dem Finger tasten. Auffallende Empfindlichkeit des Bindegewebes in der Nachbarschaft der Hüftkreuzbeinfugen muss den Verdacht auf eine Verletzung derselben lenken. Letztere kann man auch dadurch kenntlich machen, dass man zuerst durch Druck von aussen die Spinae iliac. ant. sup. einander zu nähern sucht und darauf dieselben kräftig auseinander zieht. Dabei empfinden die Wöchnerinnen in der Gegend der rupturirten Hüftkreuzbeinverbindung einen heftigen Schmerz. Diese Untersuchungsmethode lässt sich mit Erfolg auch bei der Feststellung wenig ausgesprochener Erschlaffung der Art. sacroil. während der Schwangerschaft verwenden, wie ich es in den letzten Wochen selbst erfahren habe. — Bei Zug an einem Bein tritt, wenn eine Hüftkreuzbeinfuge verletzt oder gelockert ist, die entsprechende Darmbeinschaufel niedriger.

Die mehr oder weniger zerrissenen Gelenke können, namentlich bei geeigneter Therapie, schon in 2—3 Wochen verheilen und kann damit die vollständige Functionsfähigkeit wiedererlangt werden. Dieselbe kann aber auch wiederkehren, ohne dass das Gelenk verheilt wäre. Braun[16]) berichtet über eine Diastase der Schamfuge, die, nach einer Ruptur entstanden, bestehen blieb. — Bei nicht zweckentsprechender Behandlung dagegen bleibt häufig eine Schlaffheit der Fugen zurück, die das Gehen erschweren, sogar unmöglich machen, heftige, anfallsweise auftretende Schmerzen hervorrufen kann. Debout sah solche Folgeerscheinungen noch nach 17, ja nach 50 Jahren. — Sehr häufig wird eine Symphysenruptur durch Vereiterung des Gelenkes complicirt. Rudaux constatirte unter seinen 98 Fällen 23 Mal Symphyseneiterung. Tonelle fand bei der Section im Wochenbett verstorbener Frauen unter 222 Fällen 2 Vereiterungen der Beckengelenke. Dührssen unterscheidet eine pyämische, eine nicht septische und eine tuberculöse Form der Symphysenvereiterung. Andere Formen erkennt er nicht an. — Ist das Wochenbett im Uebrigen frei von anderen Complicationen, namentlich von puerperaler Sepsis verschont geblieben, so ist bei zweckentsprechender Therapie die Prognose eine durchaus günstige. Das Verdienst, dies besonders betont und die in solchen Fällen allein richtige Behandlung durch Incision und Eröffnung der Abscesse genügend hervorgehoben und empfohlen zu haben, gebührt Dührssen[17]). Er hat 33 Fälle von Vereiterung der Beckensymphysen nach Ruptur zusammengestellt, die nicht mit puerperaler Sepsis combinirt waren. Davon sind 17 ohne Incision behandelt worden, bei denen auch kein spontaner Durchbruch des Eiters nach aussen erfolgt ist. Alle endeten letal. In 7 Fällen von Vereiterung wurde ebenfalls nicht incidirt, der Eiter hatte aber entweder durch primäre Gelenkeröffnung freien Abfluss nach aussen, oder verschaffte sich einen solchen, indem er spontan durchbrach. In allen 7 Fällen war der Ausgang Genesung. 9 weitere Symphysenvereiterungen wurden mit Incision behandelt. Alle 9 Patientinnen wurden geheilt.

Die Behandlung ist im Uebrigen eine sehr einfache. Sie besteht vor allen Dingen in der Fixation des Beckenringes, wozu meistens ein straffer Handtuchverband genügt. Vielfach ist Martin's Gürtel benutzt oder ein Gipsverband angelegt worden. Jellinghaus empfiehlt einen Verband aus Heftpflasterstreifen. Nach 2—3 Wochen kann der Verband schon entfernt werden.

Kriele empfiehlt in jedem frischen Falle von Symphysenruptur die Symphysennaht zu machen, eine allzu active Therapie, da eine grosse Zahl von Symphysenrupturen unter geeignetem, sofort angelegtem Verbande rasch und sicher heilt. Dührssen schlägt die Knochennaht nach vorheriger Anfrischung der Stümpfe erst dann vor, wenn eine andere Behandlung nicht zum Ziele geführt hat. In solchen Fällen käme auch nach seiner und Blundell's Meinung eine Resection der Symphysenenden in Betracht. In Fällen, in denen die angefrischten Knochenenden zu weit von einander abstånden, um durch eine Naht vereinigt zu werden, könnte eine offene Wundbehandlung von Nutzen sein.

Die Sterblichkeit ist nach Symphysenruptur bisher eine sehr grosse gewesen. Unter Rudaux's 98 Zerreissungen der Beckengelenke hatten 41 den Tod der Patientinnen zur Folge. Dieser Umstand erklärt sich dadurch, dass ein grosser Theil der Fälle mit puerperaler Sepsis complicirt war, ein anderer Theil zu conservativ behandelt worden ist. Dührssen berechnet bei den nicht mit Sepsis complicirten Vereiterungen der Symphysen, die nicht zweckentsprechend mit Incision behandelt wurden, den Procentsatz der Todesfälle mit 70,9.

Bei der Beurtheilung der seitherigen hohen Sterblichkeit nach Symphysenzerreissung müssen wir bedenken, dass ein grosser Theil der beschriebenen Rupturen aus einer Zeit stammt, die weder die Antisepsis, geschweige denn die Asepsis kannte. Heutzutage erscheint uns eine Therapie der Vereiterung durch Incision bei unseren gegenwärtigen chirurgischen Anschauungen als etwas Selbstverständliches, wodurch allein die Prognose der Symphysenruptur sich natürlich schon bei Weitem günstiger gestaltet und der Procentsatz der Mortalität bedeutend herabgesetzt wird. Durch die heutzutage auch in der Geburtshilfe schon zu voller Geltung gelangte Asepsis wird die Zahl an puerperaler Sepsis Erkrankenden bedeutend verringert und damit sinkt auch die Zahl der Todesfälle. — Rudaux giebt an, dass nach Einführung der Achsenzugzange die Rupturen seltener geworden seien. Die wenigen noch vorkommenden Zerreissungen würden ganz verschwinden, wenn die hohe Zange aufgegeben werden würde. Ich meine ebenfalls, wir werden unbedingt viel zur Vermeidung der Symphysenruptur beitragen, wenn wir fest dabei bleiben, das enge Becken als eine Contraindication für die Zangenanlegung zu betrachten und auch sonst die operative Hilfeleistung bei Geburten nur nach strenger Indicationsstellung zulassen, einer laxen mit aller Entschiedenheit gegenüber treten. Da gegenwärtig an einer Prädisposition zur Ruptur nicht mehr gezweifelt werden kann, werden wir auch diese bei der Indicationsstellung mit in Rechnung ziehen müssen. Werden wir trotzdem auch nicht immer im Stande sein, eine Zerreissung der Beckenfugen zu vermeiden, so werden wir doch sicherlich nicht so schwere Verletzungen mehr erleben als im entgegengesetzten Falle.

M. H.! Gestatten Sie mir noch, Ihnen den in der gynäkologischen Abtheilung des Stadt-Krankenhauses beobachteten Fall vorzutragen, den mir Dr. Keilmann gütigst zur Veröffentlichung überlassen hat.

P. G. 32 a. n., seit 3 Jahren verheirathet, hat circa 1 Monat vor der Einlieferung zum ersten Mal geboren. Sie ist früher immer gesund gewesen, hat nie an einer Gelenkerkrankung gelitten. Die Schwangerschaft hat ihr keine Beschwerden verursacht. Das Gehen ist nicht behindert gewesen, sie hat sicher auftreten können. Bis 3 Tage vor dem Geburtsbeginn ist sie noch täglich zur Arbeit in eine Fabrik gegangen, hat dort ihrer Beschäftigung vollständig nachgehen können. Am Tage des Geburtsbeginnes rief sie eine Hebamme zu sich und consultirte einen Arzt. Letzterer fand die «älteste Hebamme» der Stadt bei der Kreissenden vor, die

[16]) Centralbl. f. Gyn. 1899 Nr. 34.
[17]) Dührssen, Arch. f. Gyn. Bd. 35.

häufig innerlich mit schmutzigen Fingern untersuchte. Der College fand, so weit sich das nach äusserer Untersuchung sagen liess, alles normal. Innerlich konnte er eines Panaritiums wegen nicht untersuchen. Am Tage darauf wurde er wieder zur Gebärenden gerufen, da die Geburt durchaus nicht vorwärts gehen wollte. Er fand dieses Mal die Hebamme mit manuellen Extractionsversuchen des in Schädellage befindlichen Kindes beschäftigt. Die Wehen waren kräftig. Herztöne der Frucht seien nicht mehr zu hören, der Tod des Kindes sei nicht festzustellen gewesen. Es wurde ein zweiter Arzt hinzugezogen, der sofort die Zange am hochstehenden Kopf anlegte. Die Extraction war eine sehr schwere, lang dauernde, so dass dem Operateuren die Kräfte erlahmten und er die Extraction durch den Collegen vollenden liess. Nach einem von den umstehenden Anverwandten der Kreissenden deutlich wahrgenommenen Krachen trat der Kopf ins kleine Becken ein und wurde das macerirte Kind leicht entwickelt. Während sich die beiden Aerzte noch mit dem Kinde beschäftigten, trat eine sehr heftige Uterusblutung ein. Ehe die Hebamme daran gehindert werden konnte, steckte sie ihre nicht desinficirte Hand in die Scheide und die Gebärmutter und löste die Placenta. Ein bis zum Sphinct. ani reichender Dammriss wurde von aussen vernäht. Scheidenrisse wurden nicht constatirt. Nach weiteren Verletzungen wurde nicht gefahndet. In den ersten Tagen des Wochenbettes wurde die Wöchnerin noch mehrmals vom ersten Collegen besucht. Er erzählt, dass der Zustand der Wöchnerin ein sehr schwerer gewesen sei. Schüttelfröste hätten sich eingestellt. Der Damm sei nicht verheilt, weil eitriger Vaginalausfluss bestand. Nach ihm sei anderen Collegen die Behandlung übertragen worden. Die Wöchnerin selbst giebt an, dass sie seit der Geburt bettlägerig sei, beständig gefiebert habe. Sie habe an Kopfschmerzen, Husten mit Auswurf, Athembeschwerden, Uebelkeit, Erbrechen, aufgetriebenem, sehr druckempfindlichen Leibe und Schmerzen im Unterleibe, dem Kreuz und den Beinen gelitten.

Die Patientin ist kräftig gebaut, von mittlerem Ernährungszustande. Das Sensorium ist frei. Anämie, kein Icterus, keine Cyanose, Oedem der Unterschenkel, kein Exanthem. Allgemeinbefinden schlecht.

Urin: bräunlich, klar, sauer, 1013, kein Eiweiss, etwas Phosphate.

Puls 144, regelmässig, gleichmässig von mittlerer Füllung und Spannung.

Temperatur 40,6.

Herzgrenzen normal. Töne dumpf. Zeichen von Bronchitis. Keine Milzvergrösserung. Die Leberdämpfung überschreitet in der L. mamill. nach unten den Rippenbogen. Das Abdomen ist etwas gespannt und aufgetrieben, wenig druckempfindlich. Ausserordentlich druckempfindlich sind dagegen die Schambeine und die Symphysengegend. Die Schambeine stehen auseinander. Bei Flexion beider Beine im Hüftgelenk und gleichzeitiger Abduction und Aussenrotation klafft die Symphyse bis auf 2 Fingerbreit auseinander. Drückt man auf die Schamfuge, so fliesst aus einer neben der Clitoris gelegenen Fistel Eiter in reichlicher Menge. Eine in die Fistel eingeführte Sonde stösst auf die rauhen, vom Knorpel entblössten Symphysenenden, dringt, ohne Widerstand zu finden, jederseits, an der Innenfläche der Schambeine gleitend, bis auf 9 cm. ein. Die Blase ist nicht verletzt. Der Dammriss ist nicht verheilt. Die Vulva klafft breit. Hinterer Scheidenvorfall. In der Scheide findet man, namentlich links, tiefe, lange Risse. Die Scheide ist durch Narbenverziehungen deformirt. Die Portio ist undeutlich fühlbar, lacerirt. Wegen Spannung der Bauchdecken und heftiger Schmerzen ist eine genauere Palpation der Beckenorgane unmöglich. Die Beine liegen schlaff, nach aussen rotirt, sind nicht gelähmt. Passive Bewegungen verursachen ausserordentlich heftige Schmerzen, die von der Pat. an der Symph. pub. und in der Kreuzbeingegend localisirt werden.

Nach eingeleiteter Narcose wird der Abscess von der Fistel her durch einen nach oben verlaufenden Schnitt eröffnet und nach Entleerung des Eiters mit Jodoformgaze tamponirt.

Während der Narcose lässt sich der Uterus abtasten. Er ist noch stark vergrössert, etwa wie ein dreimonatlich schwangerer Uterus. Resistenzen sind in seiner Umgebung nicht zu fühlen. Das Promontorium ist wegen der Narbenverziehungen der Scheide von derselben aus nicht zu erreichen. Der gerade Durchmesser des Beckeneingangs lässt sich direct durch die Bauchdecken messen. Er hat eine Länge von 10 cm. Das Becken wird durch einen festen Handtuchverband fixirt und die Patientin zwischen Sandsäcke gelagert.

Die Patientin ist aber durch die schon 4 Wochen bestehende Sepsis dermassen entkräftet, dass die ihr geleistete Hilfe nichts mehr nützt. Unter fieberhaften Temperaturen und frequentem Pulse verfällt sie immer mehr und am 4. Tage nach ihrer Einlieferung, 1 Monat post partum, trat der Exitus letalis ein.

Bei der von Dr. Schabert gemachten Section führt der Bauchschnitt an seinem unteren Ende sofort in eine Höhle, welche dem fehlenden Symphysenknorpel entspricht. Die knöchernen Stümpfe sind eitrig belegt. Von dieser Höhle aus gehen rechts und links mit Eiter gefüllte Recessus ab, welche rechts und links in die entsprechenden Parametrien führen.

Vom linken Recessus gelangt man durch eine kleine Oeffnung in die Scheide, deren linke Wand hier gangränös ist. Diese Stelle ist ca. 2 cm. von der Portio uteri entfernt. Beide Art. sacroil. sind in ihrer Totalität vereitert, so dass die Beckenschaufeln schlottern. Ein directer Zusammenhang (Contiguität) der parametrischen Eiterung mit dieser Gelenkverjauchung ist nicht nachweisbar (metastatische Eiterung). Der gerade Durchmesser des Beckeneinganges beträgt 10 cm., der quere 11 cm. Der Uterus ist gross und weich, schlecht involvirt. Das Endometrium ist schmierig belegt. Die Venen des Myometriums fast sämmtlich mit Gerinnseln erfüllt. Ein grosses und zum Theil vereitertes Gerinnsel findet sich in der linken Iliaca ext. Tuben, Ovarien, Blase normal, ebenso das Peritoneum. Milz gross und weich, ohne Abcendirung.

Das ätiologische Moment für die Zerreissung der Fugen haben wir in dem eben beschriebenen Fall wohl in der allzu gewaltsamen Zangenextraction bei mässig allgemein verengtem Becken zu suchen. Die Ruptur hätte sich in diesem Falle meiner Meinung nach umgehen lassen, wenn man nach vorhergegangenem Impressionsversuche, der wahrscheinlich wohl nicht gelungen wäre, von einem Zangenversuche ganz abgesehen, das schon abgestorbene Kind perforirt und dann entweder einer spontanen Austreibung oder falls schon dringende Indication zur schnellen Entbindung vorgelegen haben sollte, mit Hilfe des Kranioklasten extrahirt hätte.

Wir sehen in diesem Falle, was auch in der Literatur nicht selten zu finden ist, dass an eine Ruptur der Symphyse trotz auffallender Erscheinungen garnicht gedacht worden ist, weil, wie mir persönlich mitgetheilt wurde, ein Vorkommen derselben nicht bekannt war und nicht für möglich gehalten wurde.

Die Eröffnung des Abscesses hat in diesem Falle nicht mehr genügt, weil sie zu spät vorgenommen werden konnte. Ausserdem ist dieser Fall durchaus in die Kategorie der durch puerperale Sepsis complicirten zu rechnen.

Alle 3 Symphysen sind von der Ruptur betroffen. Die Eiterung in den Hüftkreuzbeinfugen ist als eine metastatische aufzufassen, da ein directer Zusammenhang mit der parametrischen Verjauchung nicht constatirt werden konnte. Sie ist um so leichter an diesen Stellen erfolgt, als die beiden Synchondrosen durch die Ruptur während der Geburt geschädigt und daher einer Vereiterung leichter zugänglich waren.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

August Hoffmann: Pathologie und Therapie der Herzneurosen und der functionellen Kreislaufstörungen. Mit 19 Textabbildungen. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann, 1901.

Die nervösen oder besser functionellen Kreislaufstörungen sieht man hauptsächlich in der Privatpraxis oder in Heilanstalten, seltener in Kliniken und Hospitälern. Hieraus erklärt es sich, dass sie trotz ihrer grossen und immer noch steigenden Bedeutung in den Lehrbüchern nur anhangsweise und kurz behandelt werden. Dieser Umstand, sowie die neuesten Entdeckungen auf dem Gebiete der Physiologie des Herzens, veranlassten den Verfasser, diese Krankheiten einer umfassenden Bearbeitung zu unterwerfen. Das Buch ist aus der Praxis hervorgegangen und in erster Linie für den Praktiker geschrieben, enthält jedoch die gesammte Literatur, so dass ein Ueberblick über das ganze Gebiet ermöglicht wird.

Der allgemeine Theil (118 S.) umfasst anatomische und physiologische Vorbemerkungen, die Untersuchungsmethoden, die Symptome, die auscultatorischen und percutorischen Erscheinungen bei functionellen Herzkrankheiten, das Verhalten der functionellen zu den organischen Erkrankungen des Herzens, die Prognose und allgemeine Therapie der nervösen und functionellen Herzstörungen. Der specielle Theil (232 S.) enthält folgende Capitel: 1) Die functionellen Störungen seitens des Herzmuskels und die acute Herzdilatation. 2) Die Herzstörungen bei Vergiftungen, 3) Herz und Kreislauf bei fieberhaften Erkrankungen. 4) Störungen des Kreislaufs bei Constitutionskrankheiten. 5) Störungen der Herzthätigkeit bei organischen Erkrankungen des Nervensystems. 6) Das Herz bei functionellen Neurosen. 7) Die reflectorischen Störungen der Herzthätigkeit. 8) Herzstörungen bei Erkrankungen der Leber, der Nieren und der Lunge. 9) Besonders abgegrenzte Symptomencomplexe. 10) Gefässneurosen. — Autoren- und Sachregister machen den Beschluss dieses wichtigen empfehlenswerthen Buches.

Michelson.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Tragbarer aseptischer Alkoholbehälter für medicinische Spritzen. Der Zweck des Behälters besteht darin, Spritzen wie Canülen dauernd aseptisch, dauernd rostfrei und dauernd im Stempel dicht schliessend zu halten, so dass die Spritze stets ohne jede weitere Vorbereitung gebrauchsfähig ist; dabei soll der Behälter so handlich und in der Tasche bequem nachtragbar sein wie jedes andere Etui. Der Zweck wird dadurch erreicht, dass in einem cylindrischen Glasgefässe ein verschiebliches Gestell Spritzenschaft wie Canülen aufnimmt und ihnen Schutz vor jeder Beschädigung gewährt, welches durch eine Feder nach Oeffnung des Deckels soweit emporgehoben wird, dass die Spritzentheile bequem entnommen werden können. Gefüllt wird der Behälter mit absolutem Alkohol mit einem Zusatze von 5 pCt. Seifenspiritus, um einerseits die Desinfectionskraft zu erhöhen und andererseits ein leichtes Gleiten des Kolbens zu ermöglichen: als Material für letztere ist Korinleder wegen seiner fast unbegrenzten Geschmeidigkeit gewählt. Wegen der guten Dichte des Kolbens, die nie nachlässt, eignet sich die Spritze vorzüglich für Injection von Schleich'scher Lösung und zur Punction.

(Münchener Medicinische Wochenschrift 1901 Nr. 21.)

Anmerkung. Der Behälter wird in verschiedenen Grössen (Punctions-, Aspirations- und Pravatz'sche Spritzen) von Adolf Schwickhardt, Fabrik von Chirurgie-Instrumenten in Tuttlingen (Königreich Würtemberg) hergestellt.

Auszug aus den Protokollen
der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 6. September 1900.

Vorsitzender: Kessler. Schriftführer: Boettcher.
Anwesend die Herren: Dehio, Jaesche, Lezius, Otto, Terrepson, Paldrock, Faure, Koppel, Lantzky, Hoffmann und Graubner.

1. Boettcher stellt einen Fall von Psoriasis vulg. univers. bei einem 5jährigen Knaben vor. Die Erkrankung besteht seit dem ersten Lebensjahr des Patient. Boettcher beabsichtigt den Fall mit subcut. Inj. von Na. cacodyl zu behandeln und ihn bei Gelegenheit den Collegen wieder zu demonstriren.

2. Dehio demonstrirt einen Fall von Lupus vulg.

Patientin 19 a. n. trat am 8. Februar 1900 in Dehio's Abtheilung des Stadthospitals mit einem bereits 2 Jahre bestehenden exulcerirten luxurirenden Lupus vulg. faciei, wobei die Gesichtshaut fast in ganzer Ausdehnung zu beiden Seiten der Nase sowie an 2 kleineren Partien der Stirn ergriffen war. Nasenschleimhaut und Zahnfleisch gleichfalls ergriffen. Das Gesicht war arg entstellt, subjectiv bestanden Schmerzen in den erkrankten Partien.

Patientin erhält subcutane Injectionen mit einem von Dehio dargestellten Proteinextract des Bacillus Prodigiosus in einer von 2 zu 4, zu 6—10 ccm. steigenden täglichen Dosis als einzige Therapie. Nach den kleineren Dosen reagirte Pat. mit geringen Temperatursteigerungen und Leucocytose, die sich entsprechend der Quantität injicirten Extracts — 38° und mehr steigerten, wobei dann im erkrankten Gebiet Schmerzen eintraten. Diese Thatsachen illustrirt Dehio an einer Fiebercurve.

Am 25. Februar 1900 wechselte Dehio zum ersten Mal die Injectionsflüssigkeit, indem er statt Prodigiosusextract einen Proteinextract des Bacillus Cyaneus setzte. Patientin reagirte mit Fieber und Leucocytose aber nicht bedeutend, nur einmal erreichte die Temperatur nach Injection von 3 ccm. Extract die Höhe von 39°. Am 18. März trat nach der 8. Injection nach einem Schüttelfrost eine Temperatursteigerung auf 39° ein, die dann einige Tage lang 40° erreichte. Nachts Delirien, tags das Bild schwerer Prostration. Am III. Tage fiel das Fieber ab. Während dieser Zeit besserte sich der Lupus von Tag zu Tag in augenfälliger Weise und die exulcerirten Stellen heilten.

Nachdem eine Woche lang die Pat. fieberfrei gewesen war, erhielt sie wieder eine Injection, auf die sie mit Fieber reagirte und nach der wiederum eine Besserung zu constatiren war. Bis zu Mitte Mai wurde Pat. eine Erholungspause gegönnt.

Von Mitte Mai bis Anfang Juni erhielt Pat. wieder Injectionen. Diesmal mit Deuteralbumose, worauf eine 9 Tage währende hohe Continua eintrat mit nachfolgender Besserung, so waren z. B. die Efflorescenzen an der Stirn schon völlig geschwunden, die Geschwüre in der Nase geheilt und das erkrankte Zahnfleisch gebessert.

Seit Mitte Juni ist jede Therapie eingestellt worden und eine kleine Verschlechterung eingetreten.

Bei den Injectionen erwies es sich, dass 100 mal kleinere Dosen Bacterienproteine erforderlich waren als Deuteralbumose, um das gleiche Fieber hervorzurufen.

Dehio meint auf Grund seiner Versuche den Beweis geliefert zu haben, dass, was man als specifische Wirkung des Tuberculins ansah, nämlich Temperatursteigerung und Leucorrhoe bei Tuberculösen, auch anderen Proteinen zukommt.

Dehio illustrirte seine Mittheilung durch eine Reihe von wohlgelungenen Photographien, die einen vorzüglichen Ueberblick über den ganzen Krankheitsverlauf gestatteten.

Dreizehnter Aerztetag
der Gesellschaft livländischer Aerzte in Riga.

Programm.

Eröffnung des XIII. Aerztetages.

Dienstag den 19. Juni 1901

um 9 Uhr Morgens.

Tagesordnung:

I. Sitzung von 9—1 Uhr.

1) Rechenschaftsbericht des Vorstandes.

2) Bestimmung des Ortes und der Zeit für den nächsten Aerztetag.

3) Wahlen, laut § 8 der Statuten.

4) Ueber den I. internationalen Congress für ärztliche Standesfragen in Paris 1900. (O. Petersen, Petersburg.)

5) Zur Diagnose der Darmocclusion. (E. Kiwull, Wenden.)

6) Ueber Varicen und varicöse Endophlebitis. (A. von Brackel, Libau.)

7) Einiges zur Indicationsstellung und zur Nachbehandlung der Radicaloperation des Ohres. Mit Krankenvorstellung. (A. von Zur-Mühlen, Riga.)

8) Operative Heilung einer Atresie des Gehörorganes. Demonstration. (L. Gauderer, Riga.)

9) Ueber die Frühsymptome und die heutige Behandlung der tuberculösen Wirbelentzündung. (J. Brennsohn, Mitau.)

10) Demonstration chirurgischer Fälle: Gastrectomia, Resectio Duodeni. (A. Orlow, Riga.)

II. Sitzung von 3—7 Uhr Abends.

Klinische Vorträge und Demonstrationen im Rigaschen Stadtkrankenhause:

a. Aus dem Gebiete der inneren Medicin: Krannhals, Deubner, Johnson.

b. Chirurgie: A. von Bergmann, Bornhaupt, Brutzer, Hildebrand, Tiemer.

c. Nervenkrankheiten: Ed. Schwarz, Prätorius.

d. Gynäkologie: Keilmann, Ruth.

e. Pathologische Anatomie: O. Klemm, Schabert.

Verlesung des Protokolls.

Mittwoch den 20. Juni.

III. Sitzung von 8—1 Uhr.

1) Mittheilungen des Verwaltungsraths der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra. (Prof. Dehio, Jurjew (Dorpat.)

2) Bericht über die Thätigkeit der auf dem VIII. Aerztetag gewählten Commission in Sachen der Fürsorge für Geisteskranke. (A. Behr, Riga.)

3) Bericht der auf dem XII. Aerztetag gewählten Commission in Sachen der Bekämpfung der Tuberkulose. (A. Treu, Lindheim.)

4) Bericht der auf dem XII. Aerztetag gewählten Commission in Sachen der Bekämpfung der Trunksucht. (A. Kupffer, Kuda.)

5) Ueber die klinischen Formen des Alkoholismus, welche in der Anstalt Rothenberg beobachtet wurden. (Th. Tiling, Rothenberg.)

6) Ueber Trinkerasyle. (H. Meyer, Popen.)

7) Ueber Mässigkeitsvereine. (H. Koppel, Jurjew (Dorpat).

8) Bericht über die Thätigkeit der auf dem XI. Aerztetage gewählten Commission in Sachen des Normalstatuts für Kirchspielsärzte. (A. Kupffer, Kuda.)

IV. Sitzung von 2—5 Uhr Nachmittags.

Vorträge und Discussion über folgende Themata:

1) Praktischer Arzt und Specialist — eine Frage unseres praktischen Berufslebens. (O. Waeber, Libau.)

2) Ueber Veränderungen des Blutes im Hochgebirge. (Th. Pacht, Wellan.)

3) Zur Behandlung der Hauttuberkulose. (Prof. Dehio, Jurjew (Dorpat).

4) Ueber Atrophie der Magenschleimhaut bei Schrumpfniere (mit Demonstration). (W. Vierhuff, Riga.)

5) Angeborene Herzfehler. (E. Mey, Riga.)

6) Ueber die Herkunft der weissen Blutkörperchen. (Rubinstein. Jurjew (Dorpat).

7) Therapie der Arteriosclerose. (J. Grünberg. Riga.)

8) Die Variola-Epidemie der Jahre 1898—1901 in Riga und die Finsen-Therapie der Variola. (A. Berkholz, Riga.)

9) Verlesung des Protokolls.

Donnerstag den 21. Juni.

V. Sitzung von 8—1 Uhr Vormittags.

Vorträge und Discussion über folgende Themata:

1) Zur Behandlung der scrophulösen Augenentzündungen. (M. Eliasberg, Riga.)

2) Ueber Fremdkörper der Hornhaut. (G. Ischreydt, Libau.)

3) Wann soll ein Auge enucleirt werden? (H. v. Krüdener, Riga.)

4) Ueber die Verbreitung des Trachoms im südwestlichen Kurland. (Reinhard, Libau.)

5) Ueber die Aufgaben und Ziele bei der Behandlung der chronischen Gonorrhoe des Mannes in Bezug auf die Frage der Verheirathung. (G. Engelmann, Riga.)

6) Ueber acute Harnverhaltung. (H. Lieven, Riga.)

7) Die Prostataerkrankungen in ihrer Beziehung zum Gesammtkörper. (M. Hirschberg, Mitau.)

8) Ueber die Indicationsstellung in der Myomtherapie und über die operative Technik. (G. v. Knorre, Riga.)

9) Ueber die Behandlung der Uterusmyome. (A. Keilmann, Riga.)

10) Zur Myomfrage: Vaginale Operationstechnik. (Morcellement.) (W. Wolfram, Riga.)

11) Myome in Beziehung zu Schwangerschaft und Geburt. (W. Ruth, Riga.)

12) Ueber die Bäderbehandlung bei Frauenleiden. (G. Weidenbaum, Riga)

VI. Sitzung von 2—5 Uhr Nachmittags.

Vorträge und Discussion über folgende Themata:

1) Ueber postluetische conjugale Nervenkrankheiten. (H. Idelsohn, Riga.)

2) Zur pathologischen Anatomie der Myelitis. (O. Stender, Riga.)

3) Myasthenia pseudoparalytica. (Ed. Schwarz, Riga.)

4) Ueber die Neuro-Psychose nach Unfällen (sogen. allgemeine traumatische Neurose). (M. Schönfeldt, Riga.)

5) Ueber adenoide Vegetationen. (R. v. Rimscha, Riga.

6) Ueber Prognose und Therapie der Kehlkopfschwindsucht. (P. Bergengrün, Riga.)

7) Die Behandlung der steifen Gelenke. (O. Thilo, Riga.)

8) Ueber Operationen unter regionärer Anästhesie. (L. Isralson, Talsen.)

9) Beitrag zur Lichtbadtherapie. (P. Kreischmann, Riga.)

10) Verlesung des Protokolls.

Schluss des XIII. Aerztetages.

NB. Während des Aerztetages werden die communalen und privaten Krankenanstalten von den Leitern derselben den Collegen demonstrirt werden, worüber zu Beginn des Aerztetages Mittheilung gemacht werden wird.

Dr. M. Treymann,
d. Z. Präses der Gesellschaft Livl. Aerzte.

Am 22. Juni 1901 (nach Schluss des Aerztetages): Ergänzende Sitzung behufs Verhandlung über die Alkoholfrage im Saal der kleinen Gilde.

NB. Die Sitzungen finden im Saal der Johannis-Gilde statt. Die Vertheilung der Mitgliedskarten — à 5 Rbl. — beginnt dort bereits um 8 Uhr Morgens am 19. Juni 1901, damit die I. Sitzung präcise um 9 Uhr eröffnet werden könne.

Die in Riga anwesenden Herren Collegen werden gebeten, ihre Mitgliedskarten am 18. d. Mts. von 4—7 Uhr Nachmittags bei Dr. Engelmann, Thronfolger-Boulevard 21, zu lösen.

Livländischer
Aerztlicher Rechtsschutz- und Hilfsverein.
Jahres-Generalversammlung[1])
in Riga

Mittwoch den 20. Juni a. c., 5 Uhr Nachmittags in der St. Johannis-Gilde.

Tagesordnung:

1. Verlesung des Protokolls der Generalversammlung zu Wenden 1900.
2. Cassenbericht.
3. Bericht der Revisionscommission.
4. Jahres-Rechenschaftsbericht über die Thätigkeit des Vereins.
5. Beschlussfassung betreffend die Gründung einer Wittwen- und Waisen-Unterstützungscasse.
6. Bericht des Vorstandes in Sachen einer ärztlichen Gebührenordnung.
7. Statutenmässige Wahlen (Revisionscommission und Ehrenrichter).

[1]) Im Falle des Nichtzustandekommens der Generalversammlung wegen ungenügender Betheiligung, ist laut § 24 Anmerk. die nächste Generalversammlung beschlussfähig, unabhängig von der Zahl der anwesenden Mitglieder.



8. Weitere Anträge des Vorstandes.

Präses: Dr. med. H. Truhart.
Secretär: Dr. med. Th. Lackschewitz.

Vermischtes.

— Lungenheilanstalt. Zu den zehn Privatlungenheilanstalten Deutschlands gesellt sich als elfte die soeben eröffnete Heilanstalt Wehrawald bei Todtmoos im südlichen badischen Schwarzwalde.

Alle Forderungen, welche modernste Hygiene und Wissenschaft an eine Heilanstalt und einen Aufenthaltsort für Lungenkranke stellen, sind hier bis in die kleinsten Details berücksichtigt und aufs peinlichste durchgeführt, so dass das Sanatorium wohl mit Recht als mustergiltig bezeichnet werden kann.

Als dirigirender Arzt der Anstalt zeichnet sich Dr. Lips, bisher II. Arzt an Dr. Turbans Sanatorium Davos.

M. K.

— Verstorben: 1) Laut Telegramm aus Tomsk der dortige Professor der Chirurgie Salischtschew. — 2) Am 16. April der Kreisarzt Stanislaus Piotrowski, 81 Jahre alt, in Wladimir-Wolynsk. (Wr.). — 3) Der Privatdocent der Universität Moskau N. Wersilow, 34 Jahre alt, am 24. Mai. — 4) Am 9. Juni n. St. in Berlin der bekannte Chirurg und Director des Lazarus-Krankenhauses Carl Langenbuch.

— Der Kreis der Herausgeber von «Langenbeck's Archiv» — wie ja heut noch das Archiv für Chirurgie allgemein bezeichnet wird — hat eine bedeutungsvolle Erweiterung erfahren, indem zu den Herren v. Bergmann, Gussenbauer und Koerte auch die Vorstände der chirurgischen Klinik der Charité in Berlin und der II. chirurgischen Klinik in Wien, König und v. Eiselsberg, hinzugetreten sind.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 26. Mai d. J. 8014 (40 wen. als in d. Vorw.), darunter 373 Typhus — (0 wen.), 794 Syphilis — (13 mehr), 378 Scharlach — (4 mehr), 104 Diphtherie — (20 wen.), 71 Masern — (3 mehr) und 32 Pockenkranke — (4 wen. als in der Vorw.).

Am 2. Juni d. J. betrug die Zahl der Kranken 7996 (18 wen. als in der Vorwoche.), darunter 368 Typhus — (5 wen.), 788 Syphilis — (6 wen.), 374 Scharlach — (4 wen.), 120 Diphtherie — (14 mehr), 88 Masern — (17 mehr) und 27 Pockenkranke (5 wen. als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 20. bis zum 26. Mai 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
397	291	688	119	87	105	18	13	29	66	68	49	48	44	29	11	2

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 16, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 17, Scharlach 18, Diphtherie 14, Croup 1, Keuchhusten 0, Croupöse Lungenentzündung 37, Erysipelas 2, Grippe 7, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 88, Tuberculose anderer Organe 19, Alkoholismus und Delirium tremens 8, Lebensschwäche und Atrophia infantum 32, Marasmus senilis 18, Krankheiten der Verdauungsorgane 82, Todtgeborene 31.

Für die Woche vom 27. Mai bis zum 2. Juni 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
367	304	671	156	79	111	14	11	23	54	43	47	37	48	39	6	3

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 26, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 17, Scharlach 18, Diphtherie 17, Croup 1, Keuchhusten 0, Croupöse Lungenentzündung 22, Erysipelas 1, Grippe 7, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 81, Tuberculose anderer Organe 17, Alkoholismus und Delirium tremens 12, Lebensschwäche und Atrophia infantum 43, Marasmus senilis 27, Krankheiten des Verdauungscanals 123, Todtgeborene 25.

LENIGALLOL (Knoll)

Pyrogalloltriacetat. Mildes, reducirendes Mittel, spaltet im Contact mit der ekzematösen Haut langsam Pyrogallol ab, greift die gesunde Haut nicht an.

Werthvolles Mittel in der Eczembehandlung.

Anwendung in 3—20%-iger Paste.

Prof. Dr. *Kromayer* und *Grüneberg:* «Die Behandlung des Eczems». Münch. Med. Wochenschrift 1901 Nr. 6.

Dr. *H. Bottstein* (aus der Klinik von Prof. Blaschko): Therapeut. Monatshefte 1899 Nr. 1.

Muster zu Diensten.

KNOLL & Co., Ludwigshafen am Rhein.



Ueberall zu haben. Broschüre und Analysen gratis und franco. Für H. H. Aerzte besondere Bezugbedingungen, Probeflaschen kostenfrei.
Verwaltung der kgl. Mineralbäder Kissingen und Bocklet.
Friedrich Hessing.



Badenweiler

bad. Schwarzwald, 420—450 m. üb. d. M.
altbewährtes Thermalbad, berühmter Luftkurort
Broschüre durch das Badecomité oder den Grossherzogl. Badearzt.
(87) 10—5.
Saison 1. April bis Ende October.

Sassnitz

Ostseebad auf Rügen. Reiz. gesch. Lage, fr., beleb, niem. schw. u. doch warme Luft, herrl. Buchenwald. Hôtels und Wohnungen für jeden Bedarf. Schnellzug-Verbindung Berlin—Sassnitz in 5 Stunden. Dampfer-Verbindung nach allen Richtungen. Auskunft ertheilt Intern. Reisebureau, St. Petersburg, Kleine Morskaja 2. Prospecte gratis durch die Badedirection.
(86) 6—4.

MARIENBAD MED. MECH. ZANDER-INSTITUT.

Modern eingerichtete Anstalt f. schwedische Heilgymnastik, Massage, electrische Lichtbäder, Trocken-Heissluftverfahren, vorzügliche Unterstützungsmittel der Marienbader Curen. Besitzer und ärztl. Leiter
(82) 6—6. **Med. Dr. Eduard Kraus.**

Gicht und alle Stoffwechselstörungen.
Bad Salzschlirf Bonifaciusbrunnen.
Petersburg: Stoll & Schmidt.
(19) 52—20.

Dr. von Sohlern's Heilanstalt
in Bad Kissingen,
für Magen-, Darm- und Stoffwechselkranke. Entfettung und Mastkuren. Grösstes und ältestes klinisch geleitetes Institut am Platze.
Geöffnet vom 1. April bis 15. October.
Prospecte gratis.
(68) 16—8. **Dr. Freiherr von Sohlern.**

Produkte aus den natürlichen dem Wasser entzogenen Salzen
PASTILLES VICHY-ÉTAT
Verdauung-befördernde Bonbons.
COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT
zur Selbst-Bereitung des alkalisch-moussirenden Wassers.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau **L. A. Bogoslawskaja**, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.

Ольга Свѣтлова, Сергiевск., д. 17, кв. 19

Дозв. ценз. Спб., 16 Iюня 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. KatharinenhoferPr. № 15.

XXVI. JAHRGANG **ST. PETERSBURGER** Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 25 St. Petersburg, (6. Juli) 23. Juni **1901**

Dieser № liegt «№ 5 der Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften» bei.



Vom 25. Juni bis zum 25. Juli werde ich von St. Petersburg abwesend sein. Herr G. v. Voss (С. Петербургъ, Малая Итальянская 12) wird in dieser Zeit die Redactionsgeschäfte führen.

Dr. R. Wanach.

Ueber Amoeben-Enteritis in St. Petersburg.

Von

Dr. W. Kernig,
Oberarzt des Obuchow-Frauen-Hospitals,
und
Dr. A. Ucke,
Prosector des Deutschen Alexander-Hospitals für Männer.

Im August 1899 hatte der Eine von uns (Kernig) die Möglichkeit eine ganz eigenthümliche acute fieberhafte Erkrankung des Magen-Darmcanals an einer Patientin zu beobachten, die zum Nachweis von Amoeben im Darminhalt der Patientin durch Dr. A. Ucke führte. — Nach vorläufigem Abschluss der Beobachtung hielt Kernig am 27. September 1899 einen Vortrag im Deutschen Aerztlichen Verein, der die Krankengeschichte der Patientin und eine kurze Uebersicht über die Geschichte der Amoeben-Dysenterie oder Amoeben-Enteritis zum Gegenstand hatte. Dieser Vortrag bildet mit einigen Zusätzen den ersten Theil der vorliegenden Arbeit. Den zweiten Theil bilden die Beobachtungen von Dr. A. Ucke über Amoeben in den Stuhlgängen sowohl jener obigen Patientin als auch verschiedener anderer St. Petersburger Kranken.

I.

Am 13. August 1899 wurde ich durch den Collegen B. M. Schapirow zur Consultation zu einer Dame gebeten, die am 8. August Abends mit leichtem Fieber erkrankt war. Der acuten Erkrankung waren etwa 2 Wochen lang allerhand nicht näher definirbare Empfindungen im Unterleibe vorangegangen, — Völle nach dem Essen, Schmerzen im Unterleibe von ganz unbestimmter Localisation. Am 8. August Abends allerdings nur 37,7, aber in den folgenden Tagen Abends von 8—11 Uhr Temperaturen bis 38,5 und 38,8; dabei Morgens normale Temperaturen, mit Ausnahme des 9. August, wo Morgens 37,7 gemessen wurde. Gleichzeitig mit dem Fieber war am 8. August allgemeines Unbehagen, leichtes Frösteln am Abend eingetreten und war der Appetit sehr schlecht geworden. Stuhl wurde nur durch abendliche Dosen von Extr. fluid. Cascarae sagradae ãã mit Extr. fluid. Rhamnifrang. etwa 1 Theelöffel voll erzielt. Clystiere sollten angeblich bei der Kranken überhaupt keine Wirkung haben. Uebrigens gab Pat. an, dass noch im Mai und Juni, wohl auch im Juli d. J. der Stuhl meist spontan und gut erfolgt sei, obgleich sie nach ihrer Versicherung an einem chronischen Magen-Darmcatarrh leide.

Die Untersuchung ergab an der mittelgrossen, gut genährten, doch nicht auffallend fettreichen Patientin eine ziemlich belegte breite Zunge, eine Spur von nicht freiem Durchgang der Luft durch den linken Nasengang, wobei Patientin Schnupfen leugnete, keine frische catarrhalische Angina, obgleich Pat. in diesen letzten leicht febrilen Tagen etwas Schluckschmerzen gehabt haben wollte, keinen Husten, normale Lungen und Herz. Der Puls wenig beschleunigt, 76. Der Unterleib war nicht aufgetrieben, weich, doch das Coecum und S. romanum fühlbar und etwas druckempfindlich. Die Leber überragte um knapp einen Finger breit den Rippenrand, war nicht empfindlich; die Milz deutlich percutorisch vergrössert, nicht fühlbar. Die gynäkologische Untersuchung war am 12. August von einem Specialisten vorgenommen worden, doch hatte dieselbe nichts ergeben, was irgendwie den febrilen Zustand hätte erklären können. Eine Urinuntersuchung aus diesen Tagen hatte als wesentlich nur eine Spur Eiweiss ergeben; ebenso lag eine Stuhluntersuchung vor, in welcher nur die grosse Menge unverdauter Fleischfasern und vereinzelte Leucocythen auffallend waren.

Aus diesem Befunde, zumal am Abend vor meinem ersten Besuch die Temperatur nur 38,0 betragen hatte, konnte ich nur den allgemeinen Schluss ziehen, es mit einer leichten, vielleicht infectiösen Erkrankung zu thun zu haben, vielleicht in Anbetracht der nicht ganz freien Nase, der leichten dagewesenen Halsschmerzen und der jetzt eben prävalirenden Magen-Darmerscheinungen — Appetitlosigkeit, belegte Zunge, Druckempfindlichkeit des Colon — mit der abdominalen Form der Influenza. An der Therapie, kleine Dosen Phenacetin und Natr. salicyl. sowie Abends Cascara mit Rhamnus frangulae wurde nichts geändert.

Vom 13.—15. August incl. Menses. Am 15. August sah ich Pat. wieder; sie hatte in geringem Grade weiter gefiebert (siehe Curve). Die Milz war deutlich grösser, war jetzt fühlbar; sonst hatte sich objectiv nichts geändert, speciell war kein Durchfall eingetreten, Stuhl war täglich Morgens da in Folge des Abends vordem genommenen Abführmittels. Die Klagen waren dieselben, hauptsächlich über mangelhaften Appetit und Druck im Epigastrium, der sich zeitweilig zu Schmerz steigerte; die Nächte waren schlecht, Abends Frösteln. Da die Möglichkeit nicht ausgeschlossen war, dass es sich um eine Malariainfection handele, erhielt die Pat. am 15. und 16. je 1,0 Chinin. muriat., das sich aber den abendlichen Exacerbationen gegenüber als wirkungslos erwies.

Am 17. August erschien die Milz noch mehr vergrössert, war gut ½ Finger breit über dem Rippenrand fühlbar; Schmerzhaftigkeit des Coecum sowohl wie des S. romanum, auch im Epigastrium Druckempfindlichkeit, stark belegte Zunge, vollkommene Appetitlosigkeit, keine Spur von Roseola. Jetzt war geringer trockener Husten dazugekommen, der noch einige Tage anhielt, ohne jeden Auswurf, und dann vollkommen verschwand. Objectiv war nichts auf den Lungen zu entdecken; die Spur von Schnupfen, die ich bei meinem ersten Besuch bemerkt hatte, war bereits geschwunden. Wir blieben bei der Diagnose eines infectiösen Magen-Darmcatarrhs und gaben vom 17.—20. August täglich 2,0 Natr. salicyl., bei dessen Gebrauch Pat. so gut wie fieberlos war. Am 18. August wurde Pat. nochmals gynäkologisch untersucht, abermals wurde jede Möglichkeit, die acute Erkrankung mit den Genitalien in Zusammenhang zu bringen, geleugnet.

Ich sah weiter die Patientin, welche mittlerweile merklich abmagerte, am 19. und 21. August; am 22. August, nachdem inzwischen das Fieber wieder stärker gestiegen war, erhielt sie 2 Esslöffel Ol. ricini.

Dieses hatte auch gute Wirkung, dennoch stieg die Temperatur am Abend des 23. August wieder bis 38,9. An diesem Tage, also am 16. Krankheitstage bemerkte ich zum ersten Mal, dass der Unterleib etwas auftrieb bei gleichbleibender Empfindlichkeit des Colon und bei immer fehlender Roseola, und am 24. August war zum ersten Mal bei weiter gesteigertem Meteorismus überall verbreitetes Gurren am Unterleib vorhanden. Unmittelbar nach dieser Untersuchung erfolgte ohne Drängen der erste spontane Stuhl in dieser Krankheit; er war dünnflüssig, reichlich, hellbraun; es waren gleichmässig vertheilte flüssige fäcale Massen ohne sichtbare Blutbeimengung; der Stuhl hatte entschieden nicht das Aussehen eines dysenterischen; für einen typhösen Stuhl war er etwas zu dunkel. Er wurde behufs näherer Untersuchung zu Dr. Ucke gesandt. Derselbe fand als wesentlich ausser alkalischer Reaction, in den gleichmässig mit den fäcalen Massen gemischten reichlichen glasigen Schleimflöckchen Amoeben, die er auf Grund der Zeichnungen im II. Band von Flügge's Mikroorganismen (p. 607, 3. Auflage) als Amoeba Dysenteriae bezeichnete. Typhusbacillen liessen sich durch das Culturverfahren nicht nachweisen. Von diesem 24. August ab wurde Patientin mit grossen ringförmigen Compressen und mit 2 Mal täglich applicirten Dickdarmausspülungen mit warmer 2proc. Borsäurelösung behandelt. Innerlich wurden kleine Dosen Salol mit Magnesia carb. und Chinin. muriat. und 4 Mal täglich etwa 80—90 Gram Ems Victoria warm gegeben.

Am 25. August wurde ein Tröpfchen Blut entnommen; die Widal'sche Reaktion fiel absolut negativ aus wie nach dem ganzen Krankheitsverlauf, dem vollkommenen Fehlen von Roseola, den anhaltend niedrigen Morgentemperaturen, dem nur in den Abendstunden gegen 8—10 Uhr auftretenden, dann meist von Frösteln begleiteten Fieber, dem Fehlen von jeglicher Somnolenz und Apathie nicht anders zu erwarten war. Die Zunge reinigte sich vom 22. August ab langsam immer mehr, nie aber hatte sie weder früher noch später auch nur eine Spur des bekannten für Abdominaltyphus so charakteristischen Aussehens, und was das Sensorium anbetraf, so sprachen die vollkommene Lebhaftigkeit desselben und gerade die vielfachen und laut geäusserten Klagen und Beschwerden der Kranken gegen Typhus.

Mit der Entdeckung der Amoeben im Stuhl schien nun endlich die Diagnose gesichert. Es lag und liegt auf der Hand bei der Abwesenheit jeder anderen stricten Diagnose die vorliegende acute Magendarmerkrankung in ursächlichen Zusammenhang zu bringen mit den Amoeben im Stuhl und dieselbe als sogenannte Amoeben-Dysenterie, besser Amoeben-Enteritis (Lutz) zu betrachten. Der Stuhl vom 24. August, in welchem zum ersten Mal die Amoeben entdeckt wurden, hatte dieselbe Beschaffenheit, wie sie Quincke als charakteristisch für Amoeben-Enteritis schildert.

Der weitere Verlauf bestätigte diese Diagnose insofern, als in der That vom 24. August ab täglich 1—2 halbflüssige Stühle von geringem Tenesmus begleitet, eintraten, und am 27. August Nachmittags entwickelte sich das Bild einer Dysenterie insofern als im Laufe von 6—8 Stunden lebhafte Tenesmen stattfanden, die entweder fruchtlos blieben oder ganz geringe Entleerungen zur Folge hatten. Nach einer Borausspülung schwand spät Abends der Tenesmus und Pat. hatte eine ruhige Nacht. An diesem 27. August, am 20. Krankheitstage, fand die letzte Temperatursteigerung statt, und von da erfolgte unter langsamem Zurückgehen des Meteorismus und der Milzschwellung die Reconvalescenz. Noch ein Mal am Nachmittag des 30. August erfolgte wieder für einige Stunden dieselbe Scene von häufig aufeinander folgenden Tenesmen, ganz fruchtloser oder mit Entleerung ganz geringer Massen; auf einen Löffel Ricinusöl schwanden diese Beschwerden.

Der Stuhl wurde ausser am 24. August noch zwei Mal untersucht, am 26. August und am 29. August. Beide Mal wurden noch Amoeben gefunden, aber in viel geringerer Menge und bei der zweiten Untersuchung entschieden kleinere Exemplare. Stark hervorzuheben ist das völlige Fehlen von rothen Blutkörperchen bei allen drei Untersuchungen, wogegen jedes Mal weisse Blutkörperchen in spärlicher Menge gefunden wurden. Kerne und Vacuolen wurden in den Amoeben bei allen drei Untersuchungen gesehen (aber keine Blutkörperc.en). Nach den Messungen von Dr. Ucke an den gefärbten Amoeben betragen die Masse an den grossen Exemplaren 15 × 25 bis 15 × 30 μ an den kleinen etwa 10 μ. An manchen Exemplaren will Dr. Ucke eine gewisse wabige Struktur wahrgenommen haben.

Sehr auffallend war für mich, dass vom 22. August ab, also nach dem 14. Krankheitstage, als die Darmerscheinungen — Meteorismus, Gurren im Unterleibe, flüssige Stühle — mehr hervortraten, die Klagen der Kranken über Beschwerden im Epigastrium mehr und mehr nachliessen. Es machte wirklich den Eindruck, als wenn die Affection von oben nach unten, vom Magen zum Colon fortschreite.

Als ich die Patientin zum letzten Mal am 2. September sah, war der Meteorismus ganz geschwunden, das Coecum und S romanum noch etwas empfindlich, die Milz noch vergrössert, doch jedenfalls viel kleiner als bisher, immerhin noch fühlbar, die Zunge rein und deutliche Aeusserungen von sich einstellendem Appetit. Pat. sollte nach einigen Tagen in den Süden abreisen. Stuhl war seit der Oelwirkung am 31. August nicht mehr gewesen.

Die ganze Erkrankung stellte sich nun nachträglich als acuter fieberhafter Magen-Darmcatarrh dar, wohl unzweifelhaft infectiöser Natur. Waren die Amoeben das inficirende Agens? Das blieb fraglich, denn dass die vorliegende Erkrankung von dem klassischen klinischen Bilde einer acuten Dysenterie weit entfernt war, will ich ausdrücklich hervorheben gegenüber jener Krankheit, welche jetzt als Amoeben-Dysenterie in unseren Lehrbüchern Bürgerrecht erlangt. In diesem Umstande, dass diese Magen-Darmerkrankung nicht von vornherein das Bild der Dysenterie hatte, nur erst in der 3. Woche der Erkrankung an Dysenterie erinnerte (Tenesmen), darin liegt, wenn es sich um eine durch Amoeben bewirkte Erkrankung handelt, das grosse klinische Interesse des Falles. Während des grössten Theiles des Verlaufes, in den ersten zwei Wochen musste man sich immer den Unterschied von einem Abdominaltyphus einerseits, andererseits von einer versteckten, tiefliegenden inneren Eiterung vergegenwärtigen. Für letztere waren absolut keine Anhaltspunkte zu finden, auch nicht für Pyelitis, wie die wiederholten Urinuntersuchungen ergaben. Dass es sich nicht um eine leichte abdominaltyphöse Erkrankung handelte, ist oben genügend erörtert.

Die Geschichte der Amoeben-Dysenterie beginnt mit der Entdeckung von Lösch, welcher in einem Fall chronischer Dysenterie massenhaft Amoeben in den Dejectionen fand und geneigt war dieselben als Ursache der Dysenterie in seinem Falle zu betrachten, zum mindesten von ihnen annahm, dass «sie die Entzündung unterhielten und die im Dickdarm vorhandenen Geschwüre nicht zur Verheilung kommen liessen». In diesem berühmt gewordenen Falle ging das Auftreten, der quantitative Wechsel und endlich gar das Verschwinden der Amoeben parallel den Schwankungen der Krankheit, und unter 4 Versuchen an Hunden, denen Lösch amoebenhaltigen Stuhl einspritzte, hatte er einen positiven Erfolg. Wie aus der Krankengeschichte hervorgeht, hatte sich Lösch's Kranker hier in Petersburg inficirt und war hier in Petersburg im Sommer 1871 an hartnäckigem heftigen Durchfall erkrankt; ob dieser Durchfall im ersten Anfang den Charakter einer Dysenterie hatte, ist nicht gesagt. Als der Kranke zum zweiten Mal nach inzwischen stattgehabter vollkommener Erholung im Jahre 1873 wieder in St. Petersburg erkrankte, geschah das allerdings unter dem Bilde der Dysenterie. — Die Arbeit von Lösch «Massenhafte Entwickelung von Amoeben im Dickdarm» erschien 1875 in Virchow's Archiv (Band 65); der Kranke hatte von November 1873 bis Mitte April 1874 in der Eichwald'schen Klinik gelegen.

Von wesentlichem Einfluss auf die Lehre von der Amoebendysenterie war dann der Umstand, dass Ro-

bert Koch 1883 gelegentlich seiner berühmten Choleraexpedition nach Egypten und Indien, Amoeben im Geschwürsgrunde bei dysenterischen Leichen fand [1]). Sie waren nur in Schnitten, welche von dem Geschwürsgrund angefertigt und mit Anilinfarben behandelt waren oder in dem vom Geschwürsgrund entnommenen Material nachzuweisen, nicht aber in den schleimig blutigen Flocken der Dejectionen bezw. des Darminhalts. Koch setzt wörtlich hinzu: «Es spricht dieser Umstand jedenfalls dafür, dass sie zu dem Krankheitsprocess in naher Beziehung stehen». — Ferner fand Koch in einem der mit Leberabscess complicirten Dysenteriefälle in den Capillaren des dem Leberabscess benachbarten Lebergewebes dieselben Amoeben.

Angeregt durch diese Entdeckung Koch's unternahm Kartulis, Arzt am Regierungshospital in Alexandrien, seine Untersuchungen in Egypten. Seine erste Arbeit vom Jahre 1886 findet sich in Virchow's Archiv, Band 105. Er fand in Egypten die Amoeben in über 150 im Laufe von 2 Jahren untersuchten Dysenteriefällen und unterstreicht den Satz, dass in jedem Falle von unzweifelhafter Dysenterie die Amoeben gefunden wurden. In anderen an Darmcatarrh leidenden Kranken fand er sie nicht; ebenfalls fand er die Amoeben in den Darmwandschnitten von 12 an Dysenterie verstorbenen Kranken. In 30 Controll-Fällen (Typhus, Phthisis, biliöses Typhoid, Bilharzia), wo der Darm verschwärt oder erodirt war, fand er sie nicht. Er theilt mit, dass Robert Koch auch in Indien in Durchschnitten der Darmwand der an Dysenterie verstorbenen Individuen die Amoeben constatirte. — Der Sitz der Amoeben ist nach Kartulis die Basis des Geschwürs und besonders am Rande desselben die Submucosa. Kartulis betrachtet sie als Ursache der endemischen tropischen Dysenterie.

In einer zweiten Arbeit vom Jahre 1889, Virchow's Archiv 118, legt Kartulis seine Ergebnisse über tropische Leberabscesse und ihr Verhältniss zur Dysenterie dar. Von über 500 Leberabscessen, die er bis dahin beobachtet hatte, waren 55—60 pCt. dysenterischen Ursprungs. In einem Falle von nach Dysenterie erfolgtem Leberabscess liessen sich die lebenden Amoeben am Lebenden im Abscesseiter nachweisen, und in allen von ihm untersuchten dysenterischen Leberabscessen fand er die Amoeben. Kartulis betrachtet aber dennoch nicht die Amoeben als die ausreichende Ursache der Leberabscesse; sie dienen als Träger von Mikroorganismen, welche den Eiterungsprocess «vervollständigen».

Endlich hat Kartulis für das grosse Nothnagelsche Sammelwerk im V. Bande den 1896 erschienenen Abschnitt über Dysenterie geliefert, und hier identificirt er nach dem Vorgange Anderer (Councilman und Lafleur, Kruse und Pasquale) die endemische Ruhr gewisser südlicher resp. tropischer Länder (Egypten, Indien, gewisse Gegenden Nordamerikas) mit der Amoeben-Dysenterie. Der Name Amoebic-dysentery stammt von zwei amerikanischen Forschern, Councilman und Lafleur (John Hopkins Hospital Reports, Vol. II, Baltimore 1891). Kartulis verschweigt nicht die Einwände, welche man, namentlich Celli und Fiocca gegen den ätiologischen Zusammenhang zwischen Amoeba dysenteriae (Lösch) oder wie man sie auch nannte Amoeba felis (Quincke und Roos) und dem Ruhrprocess erhoben hat, sucht diese Einwände zurückzuweisen und hebt seine Gründe für den Zusammenhang (Nothnagel's Handbuch V, Theil III, pag. 28 und 29) hervor:

1) Das constante Vorkommen der Amoeben in jedem Falle von typischer endemischer Ruhr (ausgenommen die nicht näher bekannten dysenterieähnlichen Erkrankungen von Cochinchina etc.).

2) Das Vorkommen der Amoeben in den dysenterischen Geschwürswandungen, ferner das Fehlen derselben bei Darmverschwärungen anderer Art.

3) Die mit amoebenhaltigen Faeces dysenterischen Ursprungs stets gelingenden Uebertragungen der Dysenterie auf Katzen.

4) Die mit amoebenhaltigem, von anderen Organismen aber freiem Leberabscesseiter gelingende Uebertragung der Dysenterie auf Katzen.

5) Das negative Resultat des Versuches (Celli und Fiocca ausgenommen) mit anderen im dysenterischen Stuhl vorkommenden Mikroben bei Thieren Dysenterie hervorzurufen.

6) Das negative Resultat des Versuches mit anderen bei gesunden Menschen vorkommenden Amoeben Katzen zu inficiren.

Bei Schilderung der pathologischen Anatomie hebt Kartulis, in Uebereinstimmung mit Councilman und Lafleur und mit Kruse und Pasquale, die ganz überwiegende Rolle hervor, welche die Submucosa bei der Amoebendysenterie spielt; von ihr geht der Verschwärungsprocess aus und in ihr spielt er sich hauptsächlich ab. Es mag hier hervorgehoben sein, dass schon Lösch bei der Schilderung des Sectionsbefundes seines Kranken auf pag. 202 die entzündliche Infiltration der Submucosa ausdrücklich erwähnt.

In der Symptomatologie weist Kartulis auf die Neigung der Amoeben-Dysenterie zum Chronischwerden hin, giebt andererseits das Vorkommen ganz leichter Fälle zu und betont namentlich den Zusammenhang der Amoeben-Dysenterie mit dem Leberabscess.

Aber noch vor dem Erscheinen dieser Monographie von Kartulis über Ruhr liessen die Amerikaner Councilman und Lafleur 1891 in John Hopkins Hospital Report Vol. II ihre mir nicht zugänglich gewesene Arbeit über Amoebic-Dysenterie erscheinen. Hier wird diese letztere Bezeichnung zum ersten Mal gebraucht und es ist nach Kruse [2]) das Verdienst von Councilman und Lafleur zuerst darauf aufmerksam gemacht zu haben, dass die Amoeben-Dysenterie eine anatomisch scharf charakterisirte Form der Erkrankung ist; Kruse und Pasquale haben das wesentlich bestätigt. Es handelt sich um einen Ulcerationsprocess im Dickdarm, der nicht aus diphtherischer Oberflächenverschorfung, nicht aus Follikelverschwärung hervorgeht, sondern der in der Submucosa mit einer eigenthümlichen nekrotischen Veränderung ohne wesentliche Betheiligung zelliger und fibrinöser Exsudation beginnt, zu grossen sinuösen Geschwüren führt und sehr häufig von Abscedirung der Leber begleitet wird.

Sodann veröffentlichten 1894 noch vor dem Erscheinen der Monographie von Kartulis, Kruse und Pasquale ihre eingehenden Untersuchungen über Dysenterie und Leberabscess in der Zeitschrift für Hygieine von Koch und Flügge, Bd. XVI. — Diese Arbeit scheint mir, soweit ich die Literatur über Amoeben-Dysenterie übersehe, nach den Arbeiten von Kartulis 1886 und 1889 und nach der Arbeit von Councilman und Lafleur 1891, die eigentlich ausschlaggebende Untersuchung für unser gegenwärtiges Wissen über Amoeben-Dysenterie zu sein.

Es kann meine Aufgabe hier nicht sein dieselbe ausführlich zu referiren, nur die hauptsächlichsten Sätze will ich citiren.

Zunächst wird von Kruse und Pasquale das Vorkommen von unschuldigen Amoeben im Stuhl mancher Menschen bestätigt. Das vermehrte Vorkommen derselben, wenn künstlich flüssiger Stuhl hervorgerufen

[1]) Arbeiten des Kaiserlichen Gesundheitsamtes III, Anlage VI, pag. 65.

[2]) Citirt aus C. Flügge's Mikroorganismen Bd. II, p. 609.

wird, ist von Schuberg[3]) nachgewiesen. Der wesentliche Unterschied derselben von der Dysenterie-Amoebe liegt in der Virulenz der letzteren für Katzen. «Die Amoeben des Dysenterie-Stuhles sind (für Katzen) pathogen, die des normalen nicht». Ein wesentlicher morphologischer Unterschied zwischen den beiden Arten von Amoeben besteht nicht.

Der zweite Hauptpunkt in der Arbeit von Kruse und Pasquale ist das von ihnen in Alexandrien, ebenso wie von Kartulis constatirte regelmässige Vorkommen der Amoeben in den dysenterischen Stühlen, während in Egypten nur ausnahmsweise in den Darmentleerungen von gesunden oder anderweitig erkrankten Individuen Amoeben vorkommen. In gewissen Gegenden Europa's — Italien — soll sich die Sache gerade umgekehrt verhalten.

Höchst interessant ist die Mittheilung von Kruse und Pasquale, die sie gelegentlich der Besprechung der Dauerformen der Amoeben geben, dass dysenterische Faeces, die reichliche Mengen lebender Amoeben enthielten, und welche man einer Kältemischung für 1/4 Stunde ausgesetzt hatte, so dass sie völlig durchgefroren waren, nach dem Aufthauen keine Spur von Amoeben zeigten und dennoch sich für Katzen als infectiös erwiesen, d. h. in das Rectum von Katzen injicirt, einen hämorrhagischen Dickdarmcatarrh mit üppiger Wucherung von Amoeben erzeugten. Interessant ist die Bemerkung auch über das Verschwinden der Amoeben in acuten Dysenterie-Fällen nach consequenter Milchdiät, nach interner Darreichung von Calomel und Ipecacuanha und nach methodischen Darmirrigationen. — Aber ausser in den Stuhlgängen wiesen Kruse und Pasquale, wie ihre Vorgänger, die Amoeben nach in den Darmschnitten der für endemische Dysenterie typischen Darmgeschwüre (neben Bacterien), und im Eiter der bei und nach Dysenterie entstehenden Leberabscesse. — Der Nachweis lebender beweglicher Amoeben gelang sowohl in dem während des Lebens durch Punction oder Operation erhaltenen Eiter aus den Leberabscessen, wie auch in dem Leberabscess-Eiter aus der Leiche.

Hinsichtlich der von ihnen auch untersuchten Bacterien im Darminhalt, in den Darmwänden, in den Leberabscessen äussern sich Kruse und Pasquale, dass von den isolirten Bacterienspecies offenbar keine einzige in der Weise für Dysenterie specifisch ist, dass ihr Vorkommen allgemein wäre; in jedem einzelnen Falle ist freilich die eine oder die andere Species vorherrschend. Es handelt sich da namentlich um Streptococcen, typhusähnliche (Coli) Bacillen und den Bacillus clavatus (vielleicht identisch mit dem Pseudodiphtheriebacillus).

Weiter schildern Kruse und Pasquale das für die endemische (Amoeben-) Dysenterie charakteristische Geschwür, das wellenartig aufgeworfene, unterminirte Ränder hat und weisen nach, ebenso wie Councilman und Lafleur und wie Kartulis, dass bei dieser Form der Ruhr die Submucosa der Sitz der wesentlichen pathologischen Veränderungen ist. Diese Veränderungen selbst bestehen in seröser Durchtränkung und nekrotischer Erweichung der Submucosa ohne wesentliche Betheiligung einer zelligen oder fibrinösen Exsudation. Von der Submucosa nimmt in letzter Linie der Ulcerationsprocess seinen Ursprung und in ihr, in der Submucosa ist gleichzeitig der hauptsächlichste Sitz der Amoeben; pag. 68 ihrer Arbeit findet sich ein anschauliches Bild über den Sitz der Geschwüre in der Submucosa. — Die Amoeben sind in jedem Fall von Bacterien begleitet, die wesentlich aus den 3 oben genannten Species bestehen.

[3]) Centralblatt für Bacteriologie 1893 p. 598 u. ff.

Dass die Amoeben die Darmwand durchwandern können, bewies ein Befund, wo in dem lockern Bindegewebe, welches eine dicht dem Darm angelagerte Lymphdrüse umgab, eine erhebliche Wucherung von Amoeben constatirt wurde.

Hinsichtlich der Leberabscesse bestätigen Kruse und Pasquale die auf breite Erfahrung gestützte Behauptung Kartulis, dass diejenigen Abscesse, die sich im Anschluss an eine Dysenterie entwickeln, den Befund von Amoeben im Eiter wie in der Abscesswand darbieten, die übrigen nicht. Councilman und Lafleur haben für eine grössere Reihe von Fällen denselben Befund erhoben. Kruse und Pasquale selbst fanden in 6 Fällen von egyptischem Leberabscess, die in Beziehung zur Dysenterie standen, Amoeben, in den übrigen 9 Fällen von Leberabscess, die keine Beziehung zur Dysenterie hatten, keine Amoeben. Da aber neben den Amoeben immer Bacterien, wenn auch sehr verschiedenartige, gefunden wurden, so nehmen Kruse und Pasquale an, dass beide Momente, Amoeben und Bacterien bei der Entstehung von Leberabscessen betheiligt sind.

Die Dysenterie-Amoeben rein zu züchten, ist nicht gelungen.

Ueber die experimentelle Erzeugung der Dysenterie lautet das Schlussresultat von Kruse und Pasquale folgendermassen: Von 16 Experimenten mit dysenterischen Faeces ergaben 8 ein positives Resultat, d. h. eine Erkrankung des unteren Darmtheiles der Katzen mit Reproduction von Amoeben. Von 7 ähnlichen Versuchen mit Eiter aus dysenterischen Leberabscessen glückten 3. Negativ war der Ausfall der Injectionen von Bacterien-Reinculturen in allen 6 Fällen, ohne Erfolg auch die Einspritzung von Amoeben normaler Faeces in zwei Fällen und von künstlich in Strohinfus gezüchteten (Stroh-) Amoeben in 8 Fällen.

Kruse und Pasquale weisen sehr ausführlich nach, dass die Stroh-Amoeben nicht identisch sind mit der Dysenterie-Amoebe und mit der für Menschen unschuldigen Amoeba coli vulgaris.

Wie oben gesagt, hatten von 7 Fällen, wo mit Eiter aus dysenterischen Leberabscessen experimentirt wurde, drei einen positiven Erfolg. In zwei von diesen drei positiven Fällen handelte es sich um Eiter, der abgesehen von den Amoeben, wie Mikroskop und Cultur bewies, völlig steril war. Kruse und Pasquale unterstreichen also den Satz, dass dadurch der Beweis erbracht zu sein scheint, dass in der That die Amoeben die specifischen Erreger der auf Katzen übertragbaren Dysenterie sind, doch wollen sie eine secundäre Betheiligung von Bacterien auch bei dem dysenterischen Process der Katzen damit nicht leugnen.

Kruse und Pasquale unterscheiden auf Grund aller ihrer Untersuchungen also die für Menschen und Katzen pathogene Amoeba dysenteriae von der nicht infectiösen, bei gesunden Menschen vorkommenden, für Katzen nicht pathogenen Amoeba coli. — Sie werfen dann noch eine Reihe von Fragen auf, die Gegenstand weiterer Forschung sein dürften, die hier aber zu weit führen würden.

Noch vor dem Erscheinen (1894) der ausführlichen Arbeit von Kruse und Pasquale, aber doch schon eine vorläufige Mittheilung dieser Autoren in der Deutschen Medicinischen Wochenschrift 1893 p. 354 und p. 378 citirend, veröffentlichten Quincke und Roos in der Berliner Klinischen Wochenschrift 1893 Nr. 45 ihren bekannten Aufsatz über Amoeben-Enteritis.

Gleich in der Einleitung unterscheiden Quincke und Roos die endemische tropische Amoeben-Dysenterie,

von der epidemischen und meinen die erstere, welche in unseren Breiten auch sporadisch vorkommt, nach dem Vorgange des Amerikaners Lutz, besser als Amoeben-Enteritis zu bezeichnen. Sie theilen zwei in Kiel beobachtete Fälle mit.

Der erste Fall wurde 1892 und 1893 beobachtet. Der Patient hatte sich im März 1890, also 2 Jahre vor Eintritt in die Beobachtung, in Palermo zugleich mit 13 anderen Personen inficirt und war damals in Palermo mit starkem Durchfall und heftigem Stuhldrang erkrankt und litt seitdem, also im Laufe einiger Jahre, beständig an chronischem Durchfall. Der Stuhl erfolgt bis 20 Mal täglich, auch Nachts, ist in den schlimmen Zeiten öfter bluthaltig, auch von Tenesmen und Kolikschmerzen begleitet. Die Entleerung, welche Quincke und Roos zu Gesicht kam, ist dickflüssig, bräunlich, von leimartigem Geruch und stark alkalischer Reaction; bei der mikroskopischen Untersuchung zeigt er lebhaft bewegliche Amoeben. Bei einem Recidiv (nach einer erfolgreichen Calomel- und Ol. ricini-Cur und Chininklystieren) waren die Stuhlgänge auch dieses Mal braun, dickflüssig, leimartig riechend, von stark alkalischer Reaction, öfters kleine Menge blutigen Schleimes enthaltend, ihre Zahl 8—10 in 24 Stunden. Wieder massenhaft bewegliche Amoeben, deren Durchmesser 20 bis 25 μ. — Ich mache hier darauf aufmerksam, dass die makroskopische Beschaffenheit der Stühle in diesem Falle von Quincke und Roos nicht die eines dysenterischen im gewöhnlichen Sinne ist, wo der Blut- und Schleimgehalt ins Auge springt, sondern ganz dem Stuhl vom 24. August in unserem Falle zu entsprechen scheint. — Durch eine wiederholte combinirte Calomel- und Ol. ricini-Cur und durch Gebrauch von Chininklystieren, später Spülungen mit Emser Salzlösung, wurde in diesem Falle von Quincke und Roos bedeutende Besserung erzielt, doch fehlten die Amoeben auch bei den letzten Untersuchungen nicht.

Quincke und Roos spritzten 8 Katzen amoebenhaltigen Stuhl von diesem Patienten mittelst Nelaton-Catheter in das Rectum; 6 von diesen 8 Katzen starben nach 2—3 Wochen an Amoeben-Dysenterie mit sehr ausgesprochener ulcerativer Entzündung der Dickdarmschleimhaut. Amoeben fanden sich schon im Stuhl vom 4. bis 6. Tage an. — Von 4 Katzen, welchen Stuhl aus diesem Falle, der ganz vorzugsweise encystirte Formen der Amoeben enthielt, 2 resp. 9 Tage nach der Entleerung per os beigebracht wurde, erkrankten ebenfalls 2 an Amoeben-Dysenterie.

Der zweite Fall von Quincke und Roos betraf eine Dame, die immer in Deutschland gelebt hatte, seit 1889 in Kiel sich aufhielt und im Sommer 1890 an Durchfall mit Tenesmen und Schleimabgang erkrankt war. Sie kam Frühjahr 1893 zur Beobachtung, nachdem sie inzwischen 2½ Jahre lang an chronischem, an Intensität wechselndem Durchfall gelitten hatte. Die Stühle waren gelbbraun, dünnbreiig, stark alkalisch, hatten einen eigenthümlichen leimartigen Geruch und eine offenbar von beigemischtem Schleim verursachte zähe Beschaffenheit; sie enthielten massenhaft Amoeben, ausserdem an Menge zurücktretend zwei Arten von Infusorien; die Grösse der Amoeben zwischen 20 und 40 μ. — Auch hier war eine wiederholte Calomelcur von guter Wirkung, doch trat nach Monaten zum Schluss der Beobachtung immer noch nach mehreren Tagen mit festem Stuhl ein Tag mit Durchfall ein: die Stühle hatten dann die schleimige Beschaffenheit und denselben Amoeben-Gehalt. — Wiederholte Einspritzungen des Stuhles von diesem 2. Fall in das Rectum von 5 Katzen machten keine Amoeben-Dysenterie. Da ausserdem die Amoeben dieses zweiten Falles durchschnittlich grösser waren als die vom ersten Fall, so unterscheiden die Verfasser dieselben als Amoeba coli mitis von den Amoeben des ersten Falles, welche als Amoeba coli Loesch oder Amoeba coli felis identisch mit Amoeba dysenteriae der anderen Autoren bezeichnet werden.

Ausserdem constatirten Quincke und Roos nach dem Vorgange anderer Autoren noch in 9 von 24 Fällen Amoeben im Darminhalt gesunder Personen. Zwei Injectionsversuche an Katzen mit amoebenhaltigem von Gesunden stammendem Stuhl blieben erfolglos. Sie nennen diese Amoebe die Amoeba intestini vulgaris und unterscheiden somit 3 Arten:

1) Die eben genannte Amoeba intestini vulgaris, für Menschen und Katzen nicht pathogen.

2) Die Amoeba coli mitis für Menschen pathogen, für Katzen nicht pathogen.

3) Die Amoeba coli Loesch sive felis sive dysenteriae, für Menschen und Katzen pathogen.

Interessant ist, dass aus der Klinik von Professor Loesch in Kiew im Jahre 1889, also nach der ersten Arbeit von Kartulis, die auch citirt wird[4]), aber noch vor der Arbeit von Councilman und Lafleur, die Arbeit von Massjutin (Wratsch 1889, Nr. 25 p. 557) erschien, in welcher die pathogene Bedeutung der Amoeben überhaupt in Frage gestellt wird. Massjutin hatte in 5 Fällen die Amoeben gefunden, davon betrafen der erste Fall eine chronische Ruhr, der 2. einen scheinbar gewöhnlichen chronischen Durchfall, der 3. einen Abdominaltyphus, zu dessen Schluss die Amoeben geschwunden waren, der 4. Fall einen acuten Durchfall, in welchem bei der Genesung auch die Amoeben geschwunden waren, und der 5. einen chronischen Durchfall unbestimmten Charakters. — Der Umstand, dass diese Fälle so verschiedenartig waren, lässt Massjutin an der Pathogenität der Amoeben überhaupt zweifeln. — In einer redactionellen Bemerkung zu dieser Arbeit von Massjutin theilt Prof. Manassein mit, dass auf seiner Klinik von den Herren DDr. Grammatschikow und Kurlow bei verschiedenen Formen von chronischem Durchfall Amoeben gesehen worden sind.

Aus dieser in kurzen Umrissen entworfenen Geschichte der Amoeben-Dysenterie scheint soviel doch mit Sicherheit hervorzugehen:

1) Dass es wenigstens 2[5]) Arten von Amoeba coli giebt, die unter einander keine nennenswerthen morphologischen und Grössen-Unterschiede zeigen, von denen aber die eine Art für Menschen und Katzen pathogen ist, die andere Art nicht.

2) Dass die endemische Form der Tropen-Dysenterie fast überall, — die hauptsächlichste Ausnahme bildet Japan nach den Mittheilungen von Ogata[6]) — sowie gewisse sporadische Fälle und einzelne kleine Epidemieen (Hlawa) in unsern Breiten durch die auch für Katzen pathogene Amoeben-Art erzeugt werden. Diese Amoeben-Dysenterie oder Amoeben-Enteritis ist gekennzeichnet durch die vorzugsweise Betheiligung der Submucosa des Dickdarms, durch das vorzugsweise Vorkommen des Leberabscesses bei ihr, durch die Neigung in ganz chronischen Verlauf überzugehen.

Im Besondern will ich noch einmal hervorheben:

---

[4]) Auch nach der ebenfalls citirten, wichtigen und Kartulis zustimmenden Arbeit von Hlawa (Przeglad lekarski, 12. Februar 1887). — Die Arbeit von Hlawa war mir ebenso wie Massjutin nur in dem Referat des «Wratsch» 1887 Nr. 8 p. 195 zugänglich.

[5]) Die Amoeba coli mitis von Quincke und Roos wird von Kruse bezweifelt (vergl. Flügge, die Microorganismen II. p. 613).

[6]) M. Ogata: Zur Aetiologie der Dysenterie. Centralblatt für Bacteriologie. Bd. XI, 1892, Nr. 9 und 10, p. 264.

1) Das Nisten der Amoeben nur in dysenterischen Geschwüren, ihr Fehlen in tuberculösen und typhösen Geschwüren.

2) Ihr Vorkommen in den (fast) nur der endemischen Form der Ruhr zukommenden Leberabscessen.

3) Das Factum, dass es Kruse und Pasquale gelungen ist, durch amoebenhaltigen Leberabscess-Eiter, der weder für das Mikroscop noch für die Cultur andere Microorganismen aufwies, Dysenterie bei Katzen zu erzeugen.

4) Dass es nicht gelungen ist, durch Einführung irgend einer der bei endemischer Ruhr vorkommenden Bacterien-Arten Dysenterie zu erzeugen.

Erst spät nach Abfassung dieser kurzen Uebersicht über die Geschichte der Amoeben-Enteritis ist mir W. Janowski's (Warschau)[7]) umfassende und kritische Zusammenstellung Alles dessen bekannt geworden, was über Amoeben in Beziehung auf Dysenterie bis Ende 1896 veröffentlicht worden ist. Ich setze nur W. Janowski's Schlusssätze hierher: „Die Dysenterie ist eine aetiologisch nicht einheitliche Krankheit und wird aller Wahrscheinlichkeit nach nie durch die Einwirkung eines einzelnen Parasiten auf den Organismus hervorgebracht. Aus den bis heute in der Literatur vorhandenen Daten kann man schliessen, dass die Ursache der gewöhnlichen Dysenterie irgend eine Bacterien-Association ist; eine ihrer Formen aber, die sich in klinischer und anatomischer Hinsicht von den übrigen unterscheidet, die sogenannte Tropen-Dysenterie, wird aller Wahrscheinlichkeit nach durch die Association einer bestimmten Amoeben-Species mit Bacterien hervorgerufen".

Kehren wir nun zu unserer Patientin zurück. Mit der September 1899 erreichten Besserung war ihre Krankengeschichte noch nicht abgeschlossen.

Während des Aufenthalts im Süden im September und October 1899 traten allerdings weder Fieber noch Durchfälle auf, doch besserte sich ihr Allgemeinbefinden nur wenig.

Als die Patientin hier im November wieder erschien, waren die Abmagerung und ein mässiger Grad von Anaemie, sowie Schlaflosigkeit und eine hochgradige Nervosität die hervorstechendsten Symptome. Letztere wurde noch gesteigert durch das Bewusstsein, dass immer wieder, auch jetzt im Winter Amoeben in den Entleerungen nachweisbar waren. Es bestanden keine Durchfälle, Stuhl wurde fast ausschliesslich durch Clysmata erzielt, aber der Appetit war höchst mangelhaft, ebenso der Schlaf. Die Milz war gegen den August merklich zurückgegangen, wenn auch noch nicht vollständig abgeschwollen. Druckempfindlichkeit einzelner Darmtheile, namentlich in der Coecalgegend und in der Gegend des Colon descendens bestand wohl noch, doch kaum in höherem Grade als es sonst gelegentlich bei nervösen Personen beobachtet wird. — In den durch Clysmata hervorgerufenen Stuhlgängen fanden sich stets kleine Schleimfetzen, in welchen Dr. Ucke die Amoeben nachweisen konnte. Mit dem amoebenhaltigen Stuhl gelang es aber Dr. Ucke nicht, Katzen zu inficiren. — Die Behandlung bestand jetzt in einem Verfahren, welches vor Allem auf psychische Beruhigung und Ablenkung der Aufmerksamkeit, sowie auf strenge Regelung der Diät abzielte; es gelang eine bedeutende Besserung des Allgemeinbefindens herbeizuführen. Wir gebrauchten Bäder und sehr mässig Valeriana und Natr. bromatum. Ausser den gewöhnlichen Wasserlavements, welchen Dr. Ucke sein Material zur Untersuchung entnahm, wurden der Patientin auf Rath des Prof. A. J. Danileffsky während des Januar und Februar täglich Ausspülungen des Dickdarms gemacht mit je einem Liter einer 1proc., später 2procentigen Lösung von Ammonium muriaticum in Wasser. Die Zahl und Beweglichkeit der Amoeben minderte sich merklich unter dem Gebrauch dieser Salmiakspülungen, wie die Beobachtungen von Dr. Ucke ergaben. Ganz geschwunden waren sie aber nicht als Patientin Mitte Februar 1900 Petersburg wieder verliess. Zu diesem Zeitpunct war Pat. so weit, dass Schlaf, Appetit und subjectives Befinden Nichts zu wünschen liessen. Die Anaemie hatte sich gebessert, das Körpergewicht hatte zugenommen, irgend welche Empfindlichkeit des Darms auf Druck bestand nicht mehr, mit Ausnahme eines Punctes links von der Wirbelsäule in Nabelhöhe, der als nervöser Schmerzpunct aufgefasst werden konnte. — Pat. ging in den Süden, von wo sie als Gesunde zurückkehrte. — In der Mitte des Sommers hatte ich Gelegenheit mich von dem vollständig normalen Zustande der Pat. zu überzeugen. Der Appetit war vortrefflich, der Stuhl erfolgte in normaler Weise ohne jede Nachhülfe. Eine Untersuchung ob noch gegenwärtig Amoeben im Darminhalt nachweisbar seien, unterblieb aus dem naheliegenden Grunde, nicht wieder die Kranke in Unruhe zu versetzen.

Im November 1900, Ende Januar, Ende März und Ende April 1901 hat die Kranke doch wieder Recidive ihres Leidens gehabt. Es handelte sich jedesmal um mehrtägige fieberlose Anfälle von Leibschmerzen mit Durchfällen, ohne Tenesmen. In dem den Stühlen beigemengten Schleim konnten jedes Mal Amoeben nachgewiesen werden, die letzten drei Mal geschah dieses durch Dr. Ucke. In einem sehr frisch zugesandten Stuhl konnte er alle den Amoeben eigene Bewegungen beobachten.

Wenn ich nun jetzt diesen Krankheitsfall überblicke, so fehlt wie überhaupt in der Mehrzahl der in der Literatur niedergelegten Fälle, der strikte Beweis, dass die Amoeben damals im August 1899 die Ursache der eigenthümlichen acuten Erkrankung gewesen sind. Es ist nicht gelungen mit dem amoebenhaltigen Stuhl in diesem Fall Katzen zu inficiren. Aber auffallend genug bleibt der Fall. Es handelte sich um eine fieberhafte Magendarmerkrankung offenbar infectiösen Ursprungs, die sicher kein Abdominaltyphus war, ebenso sicher nicht die abdominale Form der Influenza sein konnte und für welche alle sonstigen ätiologischen Anhaltspuncte fehlen, wenn man nicht auf die Amoeben recurriren will. Hinsichtlich der Influenza wäre zu bemerken, dess dazu die erwähnten Erscheinungen seitens der Respirationswege allzu unbedeutend waren, dass der acuten Erkrankung zwei Wochen lang allerhand Empfindungen im Unterleibe vorangegangen waren, dass zur Zeit keine Influenzaepidemie herrschte, dass endlich, so weit mir bewusst — und ich habe sehr viel Influenza gesehen, — hier in Petersburg die eventuelle Betheiligung des Magendarmkanals am Influenzaprocess in einem Durchfall besteht, der etwa zwei Wochen nach Beginn des respiratorischen Catarrhs eintritt, und mehr oder weniger rasch vorübergeht. — Es kommt hinsichtlich der Aetiologie des Falles ein Moment hinzu, dessen bisher nicht Erwähnung geschehen ist. Die Patientin lebte zur Zeit ihrer Erkrankung auf der Insel Jelagin bei St. Petersburg. Es existirt nun eine Arbeit von C. von Mereschkoffsky vom Jahre 1879 im XVIII Bande von M. Schultze's Archiv für mikroscopische Anatomie, betitelt: Studien über Protozoen des nördlichen Russlands. v. Mereschkoffsky beschreibt p. 204 eine Amoeba Jelaginia, nova species, Abbildung auf Tafel XI, Figuren 29 und 30, und schreibt dazu: „Diese von mir in den Jelagin'schen Teichen unweit Petersburg's aufgefundene Art unterscheidet sich von der vorigen dadurch, dass ihre Pseudopodien sich nicht zuspitzen, sondern aus ziemlich stumpfen lappenförmigen zugerundeten Fortsätzen bestehen, sowie auch durch ihren stark körnigen Inhalt, der diese Art undurchsichtiger als Amoeba angulata (welche auch in den Jelaginschen Teichen gefunden) macht. Die Körperform ist höchst mannigfaltig. Der Körper sendet kurze runde Lappen aus; die Bewegungen werden übrigens nicht mittelst der letzteren, sondern des Ueberfliessens der ganzen Masse der Amoeba ausgeführt. Der Körperinhalt besteht aus feineren und gröberen Körnern, sowohl die ersteren als auch die letzteren sind in grosser Menge vorhanden. Das Ectoplasma ist deutlich vom Entoplasma geschieden. Ausser dem Kern sind noch einige Vacuolen sichtbar, die sich im Innern des Körpers sehr schnell zusammenziehen, nicht aber nach aussen bersten, wie wir bei Amoeba emittens sehen (p. 205). Die Consistenz ist flüssig, die Bewegung rasch, der Durchmesser 0,02‴—0,04‴. Sehr gewöhnlich. Fundort Petersburg, Jelaginsche Teiche, am

[7]) Centralblatt für Bacteriologie, Parasitenkunde und Infectionskrankheiten von Uhlworm, 1897, Nr. 3 bis 7.

Boden, im Sande und Schlamm (23. Mai 1877) in grosser Menge". — Den Abbildungen nach entspricht die Amoeba Jelaginia von Mereschkoffsky durchaus der Amoeba coli Loesch; auch Leuckart hat, wie ich einer Angabe bei Braun[8]) entnehme, auf die grosse Aehnlichkeit der Darmamoebe mit Amoeba Jelaginia Mereschkoffsky hingewiesen, ohne aber beide Arten für identisch erklären zu wollen. Ich muss auf den bedeutenden Unterschied in den Grössenangaben über die Jelagin-Amoebe und die Darmamoebe hinweisen. Die erstere misst nach Mereschkoffsky zwischen 5 und 10 μ; für letztere werden Maasse zwischen 10 und 30 bis 40 μ angegeben.

Füge ich diesen jedenfalls sehr auffallenden Indicien noch die Erwägung hinzu, dass jede Art Infection auch in leichtem selbst sehr leichtem Grade erfolgen kann, so ist die Auffassung unseres Falles, als einer leichten, in ihrem ersten Beginn beobachteten Amoeben-Enteritis sehr naheliegend, — der stricte Beweis ist für ihn nicht zu liefern, aber die Wahrscheinlichkeit spricht dafür. Er unterscheidet sich von allen andern in der Literatur mitgetheilten, auf Mittel-Europa sich beziehenden Fällen dadurch, dass hier Amoeben constatirt worden sind bei einem unter dem Bilde einer acuten Infection, fieberhaft verlaufenen Fall, der zugleich nicht die gewöhnlichen Zeichen einer acuten Dysenterie aufwies. Alle aus Mittel-Europa mitgetheilten Fälle von Amoeben-Enteritis waren entweder ganz chronische Fälle von Durchfall (Lösch, Quincke und Roos, Boas[9]), Borchardt[10]), Kovacs[11]) neuerdings wieder Quincke[12]), oder sie trugen den Charakter einer acuten Dysenterie, wie die weiter unten mitzutheilenden Fälle. Unser Fall trug im August 1899 den Charakter eines acuten febrilen infectiösen Magendarmcatarrhs, — ein Bild, unter welchem die Amoeben-Enteritis noch nicht beschrieben worden ist.

Sebstverständlich bat ich im Herbst 1899 die Collegen im Hospital auf das Vorkommen von Amoeben im Stuhl bei entsprechenden Kranken zu achten. In drei Fällen von Dysenterie, die damals im September 1899 vorkamen, war der Befund negativ; einer von diesen Fällen verlief tödtlich und wies Geschwürsbildung im Colon auf. — Aber im Laufe des Winters und im Herbst 1900 gelang es doch, namentlich durch die Bemühungen des Herrn Dr. Gustav Zeidler, Assistent an der therapeutischen Abtheilung des Hospitals, in folgenden sechs Fällen Amoeben im immer dysenterischen Stuhl nachzuweisen. Von Herrn Dr. Gustav Zeidler rühren auch die näheren mikroscopischen Befunde in den einzelnen Fällen her.

1) A. G., 35jährige Krankenwärterin des Hospitals, erkrankte am 23. Januar 1900 Abends, trat am 24. Januar ins Hospital, fieberte stark bis 39,7, wies eine etwas vergrösserte Milz auf, erhielt morgens einen Löffel Ol. ricini, worauf drei flüssige, Schleim und etwas Blut enthaltende Stühle erfolgen. Zum 25. Januar fiel das Fieber unter Schweiss ab (37,4), im Laufe des Tages drei spärliche, unter Tenesmen erfolgende, aus Schleim und blutiger Flüssigkeit bestehende Stühle. Unterleib etwas druckempfindlich. — Am 26. Januar noch Leibschmerzen, etwas aufgetriebener und schmerzhafter Unterleib, bis zum Morgen des 27. Januar 2 Stühle, dunkel (von Magist. Bismuthi), dünnflüssig, blutig. Vom 27. bis 29. Januar kein Stuhl, vom 28. Januar der Unterleib nicht mehr empfindlich, am 30. Januar ein normaler nicht reichlicher Stuhl; Pat. musste auf ihre dringende Bitte als genesen entlassen werden. Der Stuhl vom Morgen des 27. Januar wurde in Gegenwart von Dr. Ucke einer genauen Untersuchung unterzogen, und wurden ausser Leucocythen und rothen Blutkörperchen, sich bewegende Amoeben von doppelt so grossem Durchmesser wie weisse Blutkörperchen constatirt. Die Amoeben enthielten je einen Kern, wiesen Vacuolen und einzelne eingeschlossene rothe Blutkörperchen auf. — Der eine, nach Angabe der Patientin normale Stuhl vom 30. Januar war leider nicht aufgefangen worden.

2) T. M., 30jähriges Dienstmädchen, erkrankte am 12. März 1900 mit blutigem Durchfall und Fieber, tritt am 18. März ins Hospital mit einer Temperatur von 40,0, die schon zum 19. März auf 37,4 abfällt. An diesem Tage wird ein nicht aufgetriebener, auf Druck empfindlicher Unterleib und Milzvergrösserung constatirt. Häufige schleimig-blutige Stühle unter Tenesmen. In diesen Stühlen finden sich neben viel weissen und rothen Blutkörperchen, sehr viel sich bewegende Amoeben mit Vacuolen und eingeschlossenen rothen Blutkörperchen. Am 20. März dauern die häufigen schleimig-blutigen, unter Tenesmen erfolgenden Stühle fort bei Temperatur bis 38,0. Der Unterleib nicht aufgetrieben, empfindlich auf Druck, hauptsächlich längs des Colon descendens und S. romanum. Vom 21. März ab vollkommen fieberlos, die schleimig-blutigen Stühle werden seltener, der Unterleib weniger schmerzhaft. Herpes faciei. Am 22. März kein frisches Blut mehr in den Stühlen. Am 23. März keine Tenesmen. — Die Stühle vom 19., 20. und 21. März wurden wiederholt von Herrn Dr. Gustav Zeidler untersucht und immer viel Amoeben gefunden, vom zwei- bis fünffachen Durchmesser eines weissen Blutkörperchen mit deutlichem Kern, mit Vacuolen, deren Zahl und Grösse wechselte. In einzelnen Exemplaren fanden sich rothe Blutkörperchen und andere Partikel eingeschlossen. Einzelne Exemplare liessen deutlich die durchsichtige Grenzschicht des Ectoplasma unterscheiden, an andern sah man Molecularbewegung der Partikel des granulirten Entoplasma. Die Amoeben erschienen scharf doch einfach contourirt. an einigen sah man sehr langsame Bewegungen indem sich bald mehr stumpfe, bald mehr ausgezogene Pseudopodien bildeten, an andern mehr Formveränderungen der ganzen Amoeben, Ueberfliessen des Inhalts mit Ortsveränderung des Kernes. — Nach allmählicher weiterer fast vollständiger Besserung der klinischen Symptome, d. h. nach wiederholtem Eintreten von normalen Stühlen neben noch schleimigen, bat Pat. am 30. März dringend um ihre Entlassung. — Ol. ricini hatte Pat. zwei Mal erhalten, am 19. und 21. März, sonst innerlich nur Emulsion, Opium und Magisterium Bismuthi. Am 21., 22., 23. März täglich je eine Ausspülung des Dickdarms mit 2 pCt. warmer Borsäurelösung. Vom 24. März ab täglich eine Ausspülung mit einem Liter einer ½procentigen Salmiaklösung.

3) A. Sch., 25jährige Polirarbeiterin erkrankt am 30. Juli 1900 mit Durchfall, der am 1. August Blutbeimengung zeigt, tritt ins Hospital am 3. August, klagt über Durchfall mit Tenesmen. Am 4. August wird bei der sonst gesunden Person, die subfebrile Temperaturen hat (37,3—37,5) der Unterleib etwas aufgetrieben und mässig empfindlich gefunden. Die Milz vergrössert, fühlbar. Der Stuhl besteht in schleimigen Flocken, in denen Amoeben gefunden werden. Ol. ricini. Am 5. August noch sehr häufige schleimig-blutige Stühle, in denen massenhaft Amoeben, doch ohne Bewegung vorhanden sind. 2 Mal täglich Eingiessung von ½ Liter einer 2 pCt. Ammon. muriat Lösung. Am 6. August Stühle seltener mit geformten Stücken. — In den nächsten Tagen bei Fortgebrauch der Clysmata noch mässiger Durchfall. Am 10. August gebundener Stuhl. Pat. verlässt gesund das Hospital am 13. August. — Nach Amoeben ist weiter nicht gesucht worden.

4) W. P., 40jährige Bäuerin, erkrankt am 14. August 1900 mit Durchfall, tritt am 21. August ins Hospital. Am 22. Aug. Temperatur 38,5. Der Unterleib nicht aufgetrieben, doch druckempfindlich, Leber und Milz vergrössert, häufiger flüssiger Stuhl ohne Blut, das jedoch in den Tagen vorher sich gefunden haben soll. In den Entleerungen werden Amoeben gefunden. Ol. ricini. — Am 23. August Temperatur nicht über 37,0, 5 flüssige Stühle. Pat. bleibt fieberlos von jetzt ab. — Am 24. August sechs flüssige Stühle mit Tenesmen; die Stühle bestehen aus schleimigen Flocken mit serös blutiger Flüssigkeit. 1 pCt. Ammon. muriat.-Lösung als Clysma. — Am 25. August Blutbeimengung viel geringer, Amoeben werden in geringerer Zahl als bei der ersten Untersuchung gefunden, doch ohne Bewegung. — Am 26. August finden sich ausser Schleim und Blut auch faecale Massen im Stuhl, Amoeben werden auch jetzt wie an den folgenden Tagen constatirt, aber in nicht grosser Anzahl. — Am 31. August keine Amoeben. — Pat. wird am 1. September auf dringendes Bitten entlassen, der Stuhl ist noch flüssig, doch ohne Blut.

5) A. K., 46jährige Köchin, erkrankt am 16. August 1900 mit Durchfall und Leibschmerzen, tritt am 22. August ins Hospital. Temp. 37,4. Der Unterleib ist nicht aufgetrieben, etwas empfindlich. Leber und Milz nicht vergrössert. Tenesmen. Der Stuhl besteht aus schleimigen Flocken mit blutig-seröser Flüssigkeit. In den Stühlen werden Amoeben gefunden etwa 2 bis 5 Mal so gross als rothe Blutkörperchen. Im

[8]) Die thierischen Parasiten des Menschen, 1895, p. 43.
[9]) Deutsch. medic. Wochenschrift 1896, Nr. 14, p. 214—218.
[10]) Ebenda Nr. 16, p. 93.
[11]) Prager Zeitschrift für Heilkunde 1892, Band XIII, p. 509.
[12]) Berliner klinische Wochenschrift 1899, Nr. 46 und 47, p. 1001 und p. 1032, Ueber Protozoen-Enteritis.

hängenden Tropfen beobachtet, zeigen sie bedeutende Bewegungen mit Veränderung der Configuration, beständig wenn auch langsam bilden sich Pseudopodien und kleinere Buckel. Zitterbewegungen sind beständig an den Amoeben vorhanden, doch keine Geisseln. Beständige Molekularbewegung: in vielen Amoeben sind theils rothe Blutkörperchen, theils andere Partikel eingeschlossen. Die Amoeben sind im Allgemeinen von kugeliger Gestalt. An einer Amoebe wird die Beobachtung gemacht, dass rings um das eingeschlossene rothe Blutkörperchen die Molecularbewegung lebhafter ist als in den anderen Theilen der Amoebe, und dass nach 20 Minuten die vordem scharfen Conturen des rothen Blutkörperchens geschwunden sind. — Am 23. August erhält Pat. Ol. ricini, vom 24. August ab Clysmata mit 1proc. Ammonium muriaticum-Lösung. Am 24. August noch sehr häufige schleimige Entleerungen, Abends 38,0. — Am 25. August der Stuhl seltener, besteht aus faecalen Massen mit Schleimbeimengung, Abends 38,0. — Am 26. August kein Stuhl, doch Abends 38,6. — Am 27. August mehrere flüssige Stühle ohne Blut, ohne Tenesmen. Pat. bleibt jetzt fieberlos, am 30. August hat der Durchfall ganz aufgehört und Pat. wird am 1. September gesund entlassen.

6) A. R., 29jährige Bäuerin, tritt am 24. August ins Hospital. Hochschwanger im 9. Monat. Vor einer Woche erkrankte Pat. mit leichtem Durchfall, in den letzten Tagen traten Tenesmen hinzu und wurden die einzelnen Entleerungen an Menge sehr geringfügig. Am Abend des 24. August Temp. 37,4, in der Nacht zum 25. August erfolgte die Geburt eines Knaben. — Am 25. August Temp. 37,3 bis 38,0. Häufige sehr schmerzhafte Tenesmen fördern schleimige Flocken in blutig-seröser Flüssigkeit heraus. In diesen Stühlen werden Amoeben in nicht grosser Anzahl gefunden. — Am 26. August Temp. 37,5 bis 38,3, häufige Tenesmen mit ebensolchen Entleerungen. Ol. ricini. — Am 27. August Temp. 37,7 bis 38,6. Tenesmen und Häufigkeit der Stühle lassen nach. Die Entleerungen sind dunkelgelb, flüssig ohne Schleim und enthalten keine Amoeben. — Am 28. August Temp. 38,2 bis 38,6. Abends und in der Nacht waren die Tenesmen wieder häufiger, gegen Morgen liessen sie nach. Stühle ganz flüssig ohne Schleimflocken, Milz vergrössert fühlbar mit hartem Rand. — Am 29. August Temp. 37,0 bis 37,8. Noch häufiger Durchfall. Flüssige Stühle ohne Blut, Amoeben werden nicht gefunden. — Am 30. August Temp. 37,0 bis 37,5. Durchfall hat fast ganz aufgehört, keine Tenesmen. — Am 31. August Temp. 37,2 bis 38,0, keine Tenesmen, Stuhl auf Clysma. — Am 1. September Temp. 37,2 bis 37,3, wieder stärkerer Durchfall. — Vom 2. September ab täglich nur 1—2 dünnbreiige Stühle ohne Tenesmen, ohne Blut und Schleim. — Am 7. September wird Pat. auf eigenes Verlangen ausgeschrieben.

Alle diese 6 Fälle haben, wie man sieht, den Charakter der acuten Dysenterie; sie sind charakterisirt durch Tenesmen und häufige schleimig-blutige Entleerungen auf der Höhe der Krankheit. Sie zeigen zur Genüge, dass auch in St. Petersburg Amoeben-Dysenterie resp. -Enteritis keine allzu grosse Seltenheit ist. — Natürlich präjudiciren auch sie nicht die Frage über den ursächlichen Zusammenhang zwischen Amoeben und der Darmerkrankung.

(Schluss folgt.)

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Die Prognose der Geisteskrankheiten von G. Ilberg. Halle a. S. 1901. Carl Marhold.

In einem lehrreichen und interessanten Vortrage findet sich in knapper Form wiedergegeben so ziemlich Alles, was wir eben auf diesem schwierigen Gebiet wissen. Es ist hier nicht der Ort genauer auf die ausserordentlich wichtige Frage der Prognose jeder einzelnen Psychose einzugehen, wir wollen uns nur damit begnügen, auf die grossen Fortschritte hinzudeuten, die in dieser Beziehung im Laufe des letzten Jahrzehnts gemacht worden sind und die wir grösstentheils Kraepelin's Forschungen verdanken. Um zur Prognose zu gelangen, stelle man erst die richtige Diagnose, keine Zustands- oder Augenblicksdiagnose, sondern man bestrebe sich den Krankheitsprocess zu ergründen, in dessen Verlauf verschiedene Phasen (wie Melancholie und Manie, oder deren Mischformen) vorkommen können. Es erhellt, wie grundverschieden die Prognose eines Tobsuchtsanfalles bei einem Paralytiker und bei einem an manisch-depressivem Irresein Erkrankten sein wird. Die Prognose hat nicht nur mit Tod und Genesung, sondern auch mit mehr oder weniger vollständiger Restitutio der Psyche ad integrum zu rechnen, auch ist die Frage nach möglichen Remissionen (Paralyse!) und Recidiven oft von einschneidender Bedeutung. Jedem Arzt sei dieser kurze Vortrag auf's Wärmste empfohlen der Gelegenheit hat mit psychischen Krankheiten sich zu beschäftigen oder den die Frage nach den Seelenstörungen, als die schwierigste und doch so wichtige Aufgabe aus dem Gebiete unserer sancta scientia, interessirt.

Voss.

Die Leitungsbahnen des Gehirns und Rückenmarks von R. Glaessner. Wiesbaden 1900. Bergmann.

In recht gedrängter Form hat der Autor versucht, die schwierigsten Thatsachen der Anatomie darzustellen in Wort und Bild. Es wäre ungerecht an diesen Ueberblick den Massstab der Vollständigkeit und Gründlichkeit zu legen, wie es geschieht bei Beurtheilung eines Lehrbuches etwa. Das Wichtigste findet man im vorliegenden Büchlein gewiss in genügender Weise; die getroffene Auswahl der verschiedenen Werken entlehnten Abbildungen ist ganz geschickt, merkwürdigerweise fehlt ein Ueberblick über den Cortex, der wichtigsten Endstation aller Bahnen! Die Abbildung auf Tafel VI stammt augenscheinlich vom Verfasser, Ref. kann sie leider nicht als sehr klar und übersichtlich bezeichnen, die Darstellung so complicirt plastischer Verhältnisse wird sich in linearer Zeichnung wohl kaum vollkommen einleuchtend wiedergeben lassen.

Voss.

Die Diagnostik der inneren Krankheiten von O. Vierordt. Leipzig 1901. F. C. W. Vogel.

Die 6. verbesserte und beträchtlich vermehrte Auflage der Vierordt'schen Diagnostik bedarf keiner eingehenden Besprechung mehr, ihre Vorzüge sind bekannt genug und ihre Verbreitung lässt nichts zu wünschen übrig. Alle neueren Untersuchungsmethoden sind hinzugefügt, so beispielsweise die Röntgendurchleuchtung. Die vielen Abbildungen und Curven bilden einen grossen Vorzug des Vierordt'schen Buches, das in seiner zeitgemässen Umgestaltung allen Ansprüchen der werdenden und fertigen Collegen genügen wird.

Voss.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 4. October 1900.

Vorsitzender: Kessler. Schriftführer: Böttcher.

Anwesend die Herren: Jaesche, Faure, Hoffmann, Kieseritzky, Lackschewitz, Lezius, Otto, Paldrock, Schiemann, Pfaff, Lantzky, Terrepson.

1) Verlesung des Protocolls der Sitzung vom 6. September 1900.

2) Lackschewitz demonstrirt einen kleinen Patienten, welchen er schon im Februar d. J. zu zeigen Gelegenheit hatte. Auf dem rechten Auge bestand eine Myopie von 13 Diopt., links ursprünglich eine solche von 15,0 D. Lackschewitz discidirte am 27. Januar a. c. die Linse, extrahirte am 2. Februar und wiederholte das Herauslassen der gequollenen Linsenmassen am 11. Februar. Am 2. März wurde eine Zerreissung des Nachstaars vorgenommen und am 22. März der kleine Patient mit einer Sehschärfe von 0,3 cum correct. sph. + 3,5 entlassen. Eine am 29. September vorgenommene Durchschneidung des Nachstaars mit der Wecker'schen Scheerenpincette hat die Sehschärfe auf 4/10 gehoben, so dass dieselbe nun doppelt so gross ist wie sie ursprünglich mit corrigirendem Concavglas für die Ferne war. In Anbetracht des Umstandes, dass der kleine Patient Kind einfacher Peipusfischer ist und wohl kaum eine Gelehrtencarriere einschlagen dürfte, kann die Beseitigung der hochgradigen Kurzsichtigkeit in diesem Falle als durchaus berechtigt und erfolgreich bezeichnet werden.

3) Kieseritzky hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Rhachitis».

Die Häufigkeit der Rhachitis beträgt nach den neueren Forschungen für verschiedene Gegenden Europas durch-

schnittlich ca. 90 pCt. aller Kinder, wobei nicht nur künstlich ernährte und Kinder der armen Bevölkerung, sondern fast ebenso häufig Kinder, welche an der Brust ernährt werden, und Kinder gut situirter Familien erkranken. Die statistischen Erhebungen in Bezug auf die beiden zuletzt erwähnten Kategorien sind bisher noch sehr vereinzelt und weitere Forschungen in dieser Richtung erwünscht. Aber bei den bisherigen Methoden der statistischen Erhebungen über Rhachitis müssen andererseits auch Momente ausser Acht gelassen werden, welche für das Verständniss dieser Krankheit von grösster Bedeutung sind, so unter Anderem die Frage, in welchem Lebensmonate die ersten Rhachitissymptome auftreten, ob und welche Erkrankungen vorhergegangen sind und nach wie langer Zeit darnach die Rhachitis sich entwickelt hat, in welchem Verhältniss die Ablactation und Dentition zur Rhachitis stehen, in welcher Jahreszeit die rhachitischen Symptome auftreten, welcher Art die Nahrung gewesen ist, bei künstlich ernährten Kindern die Mischungsverhältnisse und die Beschaffenheit der Milch. Da das vom Einzelnen im Laufe der Jahre beobachtete Material zu klein ausfallen würde, um sichere Schlüsse zu gestatten, schlägt Vortragender vor, eine Sammelforschung über Rhachitis anzustellen und zwar in der Weise, womöglich alle Kinder, besonders in der Landpraxis, von der Geburt an ein Jahr hindurch zu beobachten und alle Erscheinungen in einem dazu entworfenen Formular zu verzeichnen. In Bezug auf die Symptomatologie betont Vortr. ausser den weniger wichtigen Allgemeinsymptomen als besonders charakteristisch das Schwitzen und Reiben des Kopfes beim Liegen, Offenbleiben der Fontanellen und Nähte, Craniotabes, Auftreibung der Rippenepiphysen für das erste Halbjahr, während für das zweite Halbjahr die verzögerte Dentition, Offenbleiben der Fontanellen, Epiphysenschwellungen, Milz- und Leberschwellungen massgebend sind und eine frühe Diagnose gestatten. Bei der Besprechung der Pathogenese werden die verschiedenen Hypothesen erwähnt, welche ausser den schlechten hygienischen Verhältnissen den Ausbruch der Rhachitis begünstigen. Wenig befriedigend ist die bacilläre Theorie, während Vortragender die Baume-Barlow'sche Ernährungstheorie für weit wahrscheinlicher hält. In Bezug auf die Phosphortherapie erklärt Vortragender sich als Anhänger derselben, obgleich er sie nicht für eine Panacee hält und bringt als Beleg Fälle aus seiner Praxis vor.

Discussion:

Lackschewitz erwähnt die Versuche Hagenthorns, nachzuweisen, dass die Rhachitis mit dem relativen Feuchtigkeitsgehalt einer Gegend ätiologisch in Zusammenhang zu bringen sei und knüpft daran die Frage, wie weit sich das bestätigt hätte.

Kieseritzky: Hagenthorn sei von Shukowski widerlegt worden. Rhachitispatienten erholten sich erfahrungsgemäss am Strande.

Kessler: Soviel ihm bekannt sei, wäre Rhachitis in grossen Städten besonders häufig, so besonders in den grossen Fabrikstädten Sachsens. Diese Erscheinung wurde dort auf das dicht bei einander gedrängt Wohnen sowie die damit zusammenhängende schlechte Luft und die mangelhafte Ernährung zurückgeführt.

Kieseritzky: Fälle von Rhachitis kämen auch in gut situirten Familien unter sonst hygienisch günstigen Verhältnissen vor, so dass eine mangelhafte Ernährung etc. als ätiologisches Moment nicht gut herangezogen werden könne. Es gäbe Fälle, wo trotz guter genügender Ernährung an der Mutterbrust in guten Verhältnissen Rhachitis auftrete, während in schlechten, ärmlichen Verhältnissen künstlich ernährte Kinder frei von der Krankheit blieben.

Kessler: Auch Brustkinder könnten mitunter schlecht ernährt sein — sei es, dass die Muttermilch zu wünschen übrig lasse; sei es, dass bereits die foetale Ernährung durch das Mutterblut eine ungenügende gewesen sei. Die primäre Ernährungsstörung sei also später schwer compensirbar.

Paldrock fragt, in wie weit congenitale Lues als ätiologisches Moment in Betracht käme.

Kieseritzky: Eine Hypothese, die der congenitalen Lues eine gewichtige Rolle in der Rhachitisätiologie zuweise, sei durch Statistik widerlegt worden.

Vermischtes.

— XIII. Aerztetag der Gesellschaft livländischer Aerzte, Riga d. 19. Juni 1901.

Riga, 19. Juni 1901.

Soeben ist hier unter zahlreicher Betheiligung der Collegen aus Stadt und Land, der XIII. Aerztetag im schönen gothischen Saale der St. Johannis-Gilde eröffnet worden.

Nachdem der Kreisarzt Dr. Wiesenberg den Aerztetag officiell eröffnet, begrüsste der Präses Dr. Treymann die Versammlung in längerer, gedankenreicher und schwungvoller Ansprache, und erstattete einen kurzen Bericht über die Thätigkeit des Vorstandes im verflossenen Geschäftsjahr. Die Arbeiten hatten hauptsächlich dem Normalstatut für Kirchspielsärzte, dem Hebammenwesen, der ärztlichen Gebührenordnung, der Irrenfürsorge, der Bekämpfung der Tuberculose und des Alkoholismus gegolten. Als Ort des nächsten Aerztetages wurde, auf Dr. Schwartz's Vorschlag einstimmig Fellin in Aussicht genommen, als Termin Ende August resp. Anfang September. Bei den statutengemässen Wahlen wurde wiedergewählt: zum Präses Dr. Treymann, zum Vicepräses Prof. Dehio, zu Secretären Dr. Dr. Engelmann und Weidenbaum, zum Cassirer Dr. Schwartz (Fellin). Hierauf übernahm, auf Dr. Treymann's Aufforderung der Vicepräses Prof. Dehio die Leitung der Versammlung, die nun an die Erledigung des grossen, ca. 50 Vorträge umfassenden, auf sechs Sitzungen vertheilten Arbeitsprogrammes schritt. Nachmittags findet eine Demonstrationssitzung im Stadtkrankenhause statt. Für den Abend des dritten Sitzungstages (Donnerstag) ist ein gemeinsames Festessen in Aussicht genommen. Während des Aerztetages werden die Theilnehmer reiche Gelegenheit zur Besichtigung der hiesigen communalen und privaten Krankenanstalten haben. Gewiss hat auch die Jubelfeier der Stadt Riga und die damit verbundene grossartige Gewerbeausstellung eine starke Anziehung auf die Collegen ausgeübt; zu Beginn der ersten Sitzung waren bereits über 200 Theilnehmerkarten gelöst! Ueber den weiteren Verlauf dieses unter so günstigen Auspicien eröffneten Aerztetages werden die Leser der Wochenschrift durch die Protokolle der Verhandlungen unterrichtet werden.

B.

— Der bisher mit der «Практическая Медицина» zusammen herausgegebene «Еженедѣльникъ» wird vom 1. Juli a. c. ab auch als selbstständige Zeitschrift unter dem Namen «Врачебная Газета» erscheinen. Abonnementspreis 5 Rbl.; mit der «Практическая Медицина» zusammen 10 Rbl. jährlich.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 9. Juni d. J. 8034 (38 mehr als in d. Vorw.), darunter 374 Typhus — (6 mehr), 820 Syphilis — (32 mehr), 378 Scharlach — (4 mehr), 109 Diphtherie — (11 wen.), 83 Masern — (5 wen.) und 21 Pockenkranke — (6 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 3. bis zum 9. Juni 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
419	313	732	210	91	121	12	10	26	47	54	49	43	38	25	5	1

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 19, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 1, Masern 19, Scharlach 21, Diphtherie 20, Croup 0, Keuchhusten 0, Croupöse Lungenentzündung 22, Erysipelas 2, Grippe 4, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 4, Pyämie und Septicaemie 11, Tuberculose der Lungen 69, Tuberculose anderer Organe 18, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 59, Marasmus senilis 17, Krankheiten der Verdauungsorgane 178, Todtgeborene 34.

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.

SALZUNGEN (Thüringen)

Soolbad und Inhalatorium.

Kurzeit: **1. Mai bis Ende September.**
Prospecte und Auskünfte kostenfrei durch

(63) 10—6 **die Badedirection.**



Rakoczy
Pandur
Max-brunnen
Bitter-wasser

Eisenhaltige Kochsalzquellen. Unübertrefflich in Heilkraft b. Stoffwechselkrankheit. u. Circulationsstö. ung. Ueberall zu haben. Broschüren und Analysen gratis und franko durch die **Verwaltung der kgl. Mineralbäder Kissingen und Bocklet Friedrich Hessing.** Für Herren **Aerzte** besondere Bezugsbedingungen. Proben kostenfrei.
(85) 22—4.

Zur Behandlung des acuten Gichtanfalls
sowie aller anderen durch harnsaure Diathese bedingten Beschwerden ist

SIDONAL

das klinisch und wissenschaftlich best erprobte Mittel.

Tägliche Dosis im Anfall 5 Gramm mindesten.

Literatur steht kostenlos zu Diensten.

Vereinigte Chemische Werke Actiengesellsch.
Charlottenburg.
(42) 43—16.

Mineral-Wasser der **STAATLICHEN QUELLEN**
VICHY CÉLESTINS
GRANDE-GRILLE, HOPITAL
MAN BEZEICHNE STETS DEN NAMEN DER QUELLE.

Medicinischer Verlag von **Georg Thieme** in Leipzig.

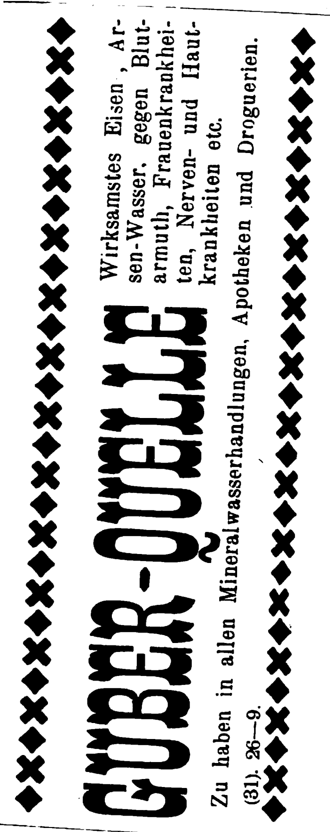
Soeben erschien:

Entstehung und Bekämpfung
der
Lungentuberculose
von

Dr. Paul Jacob, Priv.-Doc. Oberarzt a. d. I. med. Klinik d. Kgl. Charité i. Berlin.
und
Dr. Gotth. Pannwitz, Oberstabsarzt, Gen.-Sekr. des Deutschen Centralcomitées für Lungenheilstätten.

I. Band. — M. 10.—

Seebad Abbazia
Abhärtungs- und Kräftigungscuren bei schwachen und für Catarrhe disponirten Kindern den ganzen Winter hindurch Mastcuren und hydropathische Curen für Erwachsene im
Dr. Szegö's Kindersanatorium
Seebad Abbazia.



Mikroskope Ernst. Leitz
zu Fabrikpreisen empfiehlt **Moritz Goldberg,** St. Petersburg, Woskressenskaja № 11. (33) 1—1.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger** und **Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Schwester Const. Schmidt, Петерб. ст. Матвѣевская ул. д. 9, кв. 20.
Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.
Schwester Elise Tenisson, Невскій просп. д. 136, кв. 13.
Frau Gülzen, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 10.
Frau Hasenfuss Мал. Подъяческ. д. 14 кв. 15.
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
Marie Winkler, уг. Соляннова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.



Schlesischer Obersalzbrunnen
Oberbrunnen
als alkalische Quelle ersten Ranges bereits seit 1601 erfolgreich verordne
Brunnenschriften und Analysen gratis und franco durch
Versand der Fürstlichen Mineralwasser von Ober-Salzbrunn.
Furbach & Strieboll, Salzbrunn in Schlesien.
Niederlagen in allen Apotheken und Mineralwasser-Handlungen.
(91) 8—4.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau L. A. Bogoslawskaja, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.

Ольга Свѣтлова, Сергіевск., д. 17, кв. 19.

Дозв. ценз. Спб., 23 Іюня 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. KatharinenhoferPr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

№ 26 St. Petersburg, (13. Juli) 30. Juni 1901

Ueber Amoeben-Enteritis in St. Petersburg.

Von
Dr. W. Kernig,
Oberarzt des Obuchow-Frauen-Hospitals,
und
Dr. A. Ucke,
Prosector des Deutschen Alexander-Hospitals für Männer.

(Schluss.)

II.

Der obige ausführlich von Dr. Kernig geschilderte Fall wurde über $^1/_2$ Jahr lang, so genau als es die Privatpraxis erlaubt, mikroskopisch verfolgt. Wenn wir hier vorläufig die Frage ganz ausser Acht lassen, ob die constant im Stuhl nachgewiesenen und für Amoeben angesprochenen Gebilde für das Leiden von ätiologischer Bedeutung waren, so erscheint es doch von gewissem Interesse die Art und Weise des Auftretens dieser Gebilde einer genauen Beschreibung zu unterziehen. Zunächst erübrigt es, eine kurze chronologische Darstellung der ausgeführten Untersuchungen zu geben, um im Anschluss daran, gestützt auf Beobachtungen gleicher Befunde in einer Reihe weiterer Fälle, einzelne Fragen zu streifen, die meiner Ueberzeugung nach in der Litteratur nicht die gewünschte Berücksichtigung gefunden haben.

Am 24. August 1899 wurde mir der Stuhl der Patientin X. auf Veranlassung der Herren Dr. Kernig und Dr. B. Schapirow zugestellt mit dem Hinweise, darin auf die Anwesenheit von Typhusbacillen zu fahnden. Während des Giessens der Platten fiel mir die Beschaffenheit des Stuhles auf: in der graubraunen, alkalisch reagirenden und eigenthümlich übelriechenden Flüssigkeit lagen am Boden bis haselnussgrosse, glashelle z. Th. leicht gelblich gefärbte Schleimklumpen, die meine besondere Aufmerksamkeit fesselten und die ich sofort einer sorgfältigen mikroskopischen Untersuchung unterwarf. Hierbei erwies es sich, dass dieser Schleim eine grosse Anzahl runder und ovaler Gebilde mit eben deutlich abgrenzbarem Contour enthielten, die von schwankenden Dimensionen, Eiter- und Epithelzellen an Grösse vielfach übertrafen. Mit starker Vergrösserung war in denselben eine Structur nachweisbar, die sofort zur Identificirung derselben mit den in Handbüchern dargestellten Amoeben führte. Es bedarf hier nicht einer detaillirten Aufzählung der charakteristischen Merkmale, da ich später auf einzelne Punkte der Charakterisirung näher einzugehen haben werde; es genügt jedoch zu erwähnen, dass es mir dies erste Mal nicht einwandsfrei gelang Bewegung wahrzunehmen. Es durfte ja das auch nicht Wunder nehmen, da seit der Entleerung bereits etliche Stunden verflossen waren.

Dieselben Gebilde, die ich nicht umhin konnte für Amoeba coli resp. dysenteriae anzusprechen, fanden sich auch am 26. und 29. August und endlich am 3. September in kleinen Schleimklümpchen an festgeballtem Koth haftend.

In Folge einer Reise, die die Pat. unternahm, trat eine längere Pause in den Untersuchungen ein und erst am 12. December desselben Jahres bekam ich wieder Material zugesandt. Wieder liess sich makro- wie mikroskopisch derselbe Befund aufnehmen. Von diesem Tage an bis Ende Januar 1900 wurde der Stuhl fast täglich untersucht: stets waren Amoeben vorhanden, bald in geringerer, bald in grösserer Anzahl, bald herrschten kleinere, bald grössere Exemplare vor; wiederholt gelang es auch an ihnen Bewegung zu sehen, namentlich während einer Untersuchung im Hause der Pat., die an frisch entleertem Stuhl ausgeführt wurde; die Schleimklumpen waren gegen Ende der Beobachtungen im Allgemeinen kleiner, stärker gelb gefärbt und vielfach wie zerfetzt. Einmal (am 5. Januar 1900) waren nach einem verabreichten Laxans grosse Mengen lebhaft beweglicher Trichomonaden (Trichomonas intestinalis) aufgetreten.

Um die Virulenz der Amoeben festzustellen, wurde auch zum Thierversuch geschritten: 3 Katzen wurden wiederholt, wenn frisches Material zur Verfügung stand, intrarectale Injectionen gemacht. Bei einer trächtigen

Katze führten diese Injectionen zu einem Abort; die anderen blieben gesund und wiesen auch bei der nach Monaten an den getödteten Thieren ausgeführten Section keinerlei krankhafte Veränderungen des Darmes auf.

Wenn ich im Vorstehenden die Gebilde, die ich im Stuhle beständig auffand, kurzweg als Amoeben bezeichnete, so erübrigt es, den Beweis zu liefern, dass es auch wirklich solche waren. Mit Recht sagen Kruse und Pasquale[13]): «Eine bewegliche Amoebe als solche zu erkennen, dazu bedarf es kaum einer Belehrung, eine gewisse Uebung ist dagegen erforderlich, um auch absterbende Formen zu diagnosticiren». Ich hoffe nicht fehlzugehen, wenn ich annehme, dass die Autoren hier unter «absterbenden Formen» solche immerhin noch lebende Amoeben verstehen, die ihre äussere Form und Structur bewahrt, aber nur ihre selbstständige Locomotion eingestellt haben, von denen jedoch erwartet werden kann, dass sie ihre Bewegungs- und somit Lebensfähigkeit unter günstigen Bedingungen wiedererlangen können. In der grössten Mehrzahl der Fälle werden wir jedoch gerade an solchen Formen die Diagnose zu stellen haben, falls wir ihnen überhaupt eine diagnostische Bedeutung zu vindiciren die Absicht haben. Denn wenn es stets hervorgehoben wird, dass man möglichst frischen Stuhl untersuchen muss, weil die Amoeben gegen den Temperaturwechsel sehr empfindlich sind, so müssen wir zweifelsohne auch in Betracht ziehen, dass diese zarten Gebilde ebenso empfindlich gegen jegliche chemisch wirksame Substanzen sind. Wie selten werden wir aber Material zur Untersuchung bekommen von Patienten, die sich noch keinerlei Behandlung unterzogen haben, falls sie Störungen in ihrer Verdauung wahrgenommen haben. Ich glaube, dass den therapeutischen Massnahmen eine Einwirkung auf die zu Tage geförderten Amoeben keineswegs eine Bedeutung abgesprochen werden kann, aber eben darum werden wir in den seltensten Fällen vollebenskräftige Amoeben unter dem Mikroskop zu Gesicht bekommen. Sollen wir uns darum der Möglichkeit begeben, die Diagnose «Amoeben» zu stellen? Ich glaube es nicht, doch müssen wir darauf verzichten, eine conditio sine qua non in der beobachteten Locomotion zu sehen.

Nachdem es mir gelungen war in einer ganzen Reihe von Einzelbeobachtungen an dem ausführlich beschriebenen Falle stets mit Leichtigkeit die Amoeben mikroskopisch nachzuweisen und zu erkennen, hatte ich noch wiederholt hier in Petersburg Gelegenheit bei acuter Dysenterie, aber zuweilen auch bei Patienten mit etwas abweichenden Krankheitsbildern, dieselben wiederzufinden. Diese Beobachtungen machte ich theils im Obuchow-Hospital, dank der Liebenswürdigkeit von Dr. Kernig, der mich von dem Eintreffen der Kranken benachrichtigte, z. Th. in meinem Privatlaboratorium, z. Th. endlich im Deutschen Alexander-Hospital, in meiner Eigenschaft als Leiter des pathologisch-anatomischen und bacteriologischen Laboratoriums. Stets traf ich dieselben unschwer erkennbaren Formen und konnte sie selbst in zwei Fällen von eingeführter tropischer Dysenterie constatiren[14]). Der letztere Umstand war aber für mich von besonderer Bedeutung, da ich damit festzustellen im Stande war, dass zwischen den Amoeben der tropischen und der hier einheimischen Dysenterie, morphologisch wenigstens kein in die Augen springender Unterschied vorhanden ist.

Wenn mein Material auch durchaus nicht zu Gunsten der ätiologischen Bedeutung der Amoeben für die Ruhr zu verwerthen ist, so glaube ich doch in dem Umstande, dass ich, einmal darauf aufmerksam geworden, in jedem Falle die Amoeben wiederfand, einen Beweis darin sehen zu müssen, dass es bei diesen Untersuchungen ungeheuer viel auf die richtige Art des Suchens ankommt. Während meiner Thätigkeit am Warschauer Ujasdow-Militärhospital in den Jahren 1891—1896 sind Hunderte von Fällen von acuter Dysenterie durch meine Hände gegangen und in reichlich 100 Fällen habe ich die Diagnose am Sectionstisch bestätigt; als ich aber um diese Zeit durch die Arbeit von Kruse und Pasquale[15]) auf die Amoeben aufmerksam gemacht, dieselben wiederholt in den Dejectionen suchte, konnte ich keine constatiren. Allerdings behauptet Janowski[16]), dass die Warschauer Dysenterie nicht auf Amoeben beruht; was meine damaligen Bestrebungen jedoch betrifft, und mir standen Fälle aus den verschiedensten Gebieten des Königreichs Polen zur Verfügung, so muss ich jetzt offen gestehen, dass ich sie damals nicht zu suchen verstand: ich suchte die Amoeben damals in den flüssigen Theilen des Stuhles, während sie gerade fast ausschliesslich in den Schleimpartikelchen sich befinden, ja ich möchte weiter gehen und behaupten, dass der sogenannte Schleim oft zum grossen Theil aus Amoeben besteht[17]). Das war es aber gerade, was mich bei meinen ersten hiesigen Befunden in Erstaunen setzte, dass der glasige fast durchsichtige Schleim aus einer so colossalen Menge von Zellen besteht. Wären das Epithel- oder Eiterzellen, so müsste der Schleim die characteristischen Merkmale des Eiters tragen, die Undurchsichtigkeit, die weisse oder gelbliche Farbe; hier war der Schleim zuweilen wohl gelb gefärbt, aber er war glashell. Das beweist, dass die Amoeben ein durchaus anderes Lichtbrechungsvermögen ihres Protoplasmas besitzen wie die Körperzellen; es giebt uns das eine kleine Handhabe zur Differenzirung der Amoeben von Körperzellen. Ich meine nirgend einen Hinweis auf diesen Umstand gefunden zu haben und doch können wir uns vom differenten Lichtbrechungsvermögen leicht unter dem Mikroskop überzeugen: während Körperzellen meist einen scharfen Contour aufzuweisen haben, sind die Begrenzungen der Amoeben stets nur schwer wahrzunehmen, ja vielfach müssen wir es uns überhaupt versagen die Begrenzungslinie rund um das ganze Gebilde zu verfolgen.

Vielleicht beruhen darauf auch z. Th. die Schwankungen in den Grössenangaben der Autoren. Ich konnte mich davon überzeugen, dass in ein und demselben Falle in verschiedenen Partien der Schleimklümpchen die mannigfaltigsten Grössenunterschiede der amoeboiden Gebilde zu constatiren waren. Danach müsste man annehmen, dass ein und dieselbe Amoebenart bald in kleineren Exemplaren sich vermehrt, bald zu grossen Gebilden auswächst: stets lassen sich neben den grossen Exemplaren Uebergänge zu den kleineren auffinden. Man muss sich zunächst zur Evidenz davon überzeugen, dass die grossen Gebilde, nicht aus einer Anzahl aneinander geklebter kleiner bestehen; dieses ist jedoch keineswegs leicht; ich muss offen gestehen, dass ich oft bei genauerm Zusehen durch wiederholtes Spielenlassen der Mikromitirschraube, ein mir zunächst als Einzelindividuum imponirendes Gebilde in zwei oder mehrere kleine Amoeben auflösen konnte. Immer gelang mir das jedoch nicht und es blieben stets eine Anzahl von grossen Exemplaren, die als Individuen bestehen bleiben mussten. Diese

[13]) Untersuchungen über Dysenterie und Leberabscess. Zeitschrift für Hygiene Bd. XVI, 1894, p. 36.

[14]) Der eine von den beiden Pat. hatte seine Dysenterie in Singapore acquirirt.

[15]) l. c.

[16]) Zur Aetiologie der Dysenterie. Centralblatt für Bacteriologie. Bd. XXI, 1897, Nr. 3—7.

[17]) Während Kruse und Pasquale (l. c.) wohl darauf hinweisen, dass die Amoeben vorzugsweise im Schleim sich finden, erwähnen andere Beobachter (Bans: Ueber Amoeben-Enteritis. Deut. Med. Woch. 1896, Nr. 14), dass sie Amoeben ohne Schleim im Stuhl beobachtet haben.

Auffassung fand dann eine Bestätigung darin, dass diese Gebilde nur einen Kern wahrnehmen liessen, während das Protoplasma von zahlreichen Vacuolen durchsetzt war. Wenn die Autoren schlechtweg von der schwankenden Grösse der Amoeben sprechen, so erscheint es mir werth der Frage nachzugeben, wodurch diese Schwankungen zu erklären sind. Sie kurzweg als verschiedene Arten aufzufassen, die meist gleichzeitig auftreten, scheint mir nicht berechtigt, umsomehr als wir oft alle Uebergänge in einem Präparat constatiren können; auch scheint Niemand diese Ansicht ernstlich vertreten zu wollen. Da ich darüber keine deutlichen Meinungsäusserungen in der Literatur gefunden habe, so möchte ich hier der Möglichkeiten Erwähnung thun, wie dies Phänomen etwa zu erklären wäre. Wie ich schon sagte, ist häufig in den als Einzelindividuen imponirenden grossen Exemplaren bei genauerm Zusehen eine Auflösung in kleinere möglich, oft aber verschwinden die Grenzlinien und es wäre daher an eine Verschmelzung der Zellen zu denken, als Zellfusion ist dieser Process nicht aufzufassen, da zu dem Begriff derselben eine Erhaltung sämmtlicher in den Verband eingegangener Kerne nöthig ist; was hier nicht der Fall ist. Eine Verschmelzung der Kerne wäre im Sinne einer Copulation zu verwerthen, doch ist diese für Amoeben bis jetzt unbekannt. Die Copulation begreift jedoch eine Art geschlechtlicher Vereinigung behufs weiterer intensiverer Vermehrung in sich und davon können wir uns allerdings bei den Amoeben nicht überzeugen, da wir ihnen auf dem Objecttisch keine günstigen Bedingungen zur Proliferation und Vegetation zu bieten im Stande sind. Somit können wir eine Copulation nicht gänzlich ausschliessen, haben aber auch keine Anhaltspunkte zu deren Annahme. Eine Verschmelzung einer Anzahl kleinerer Individuen zu einem grössern, ohne einen geschlechtlichen Vorgang behufs Vermehrung darin zu sehen, können wir zugeben.

Welche Bedingungen derartige Processe begünstigen, darüber können wir uns naturgemäss keine Vorstellung machen, weil die Beobachtungen der Lebensäusserungen der Amoeben im Stuhl überhaupt auf bedeutende Schwierigkeiten stösst. Schon um die hochwichtige Frage der Locomotion in jedem Falle zu studiren, wäre es ja von grösstem Interesse verschiedene Reagentien auf die Amoeben während der Beobachtung unter dem Mikroscop einwirken zu lassen, wie es Feinberg[18]) empfiehlt; allein so oft ich den Versuch machte, scheiterte er daran, dass die Amoeben im Stuhl stets in Schleim eingebettet waren, der das Vordringen der Stoffe bis zu den Amoeben hinderte. Zuletzt versuchte ich kleine Schleimpartikelchen direct in einen Tropfen wässriger Methylenblaulösung zu thun und zwischen Objectträger und Deckgläschen platt zu drücken. Diese Methode förderte mir allerdings Bilder zu Tage, die von einigem Interesse sein mögen, doch konnte ich dieselben leider aus Mangel an Material nicht weiter verfolgen. Während nämlich sich eine Anzahl Amoeben durch Aufnahme des Farbstoffs hellblau färbten, wurden andere grün; andere endlich nahmen den Farbstoff gar nicht auf. Ob dies nun auf rein chemischer, oder animal-vegetativer Reaction beruht, lässt sich vorläufig nicht sagen, zumal auch hier der Umstand ins Gewicht fällt, dass der Schleim immerhin als Panzer manche Zelle vor dem Zudrang des Farbstoff schützen könnte.

Dies führt uns zu dem Punkt der noch erörtert werden muss. Allgemein wird wohl der Schleim als Product der Darmschleimhaut anzusehen, wie wir es gewohnt sind denselben in den sonstigen Se- und Excreten des menschlichen Körpers als von den Körperzellen geliefert zu betrachten. Für den Schleim jedoch, in den die Amoeben eingebettet sind, dürfte die Auffassung gerechtfertigt sein, dass er ein Product der Ausscheidung oder des Zerfalls der Amoeben selbst darstellt, dass die Amoeben eine Art Zoogloeamasse bilden nach Analogie gewisser Bacterien und Coccen. Der Schleim scheint auch seine tinctoriellen Besonderheiten aufzuweisen, doch sind meine Beobachtungen zu gering um nähere Angaben machen zu können.

Was die färberische Darstellung der Amoeben anbetrifft, so gelang dieselbe am besten durch Ausbreiten einer dünnen Schicht auf dem Deckgläschen und ohne trocknen zu lassen, Fixation in Formalin oder gesättigter Sublimatlösung. Die Färbung mit verschiedenen Farbstoffen ergab nur in wenigen Fällen überzeugende Bilder: so gab die Lang'sche Thioninlösung eine gute Tinction, wobei sowohl der Kern, wie die Vacuolen deutlich hervortraten; nachfolgende Eosincontrastfärbung führte jedoch zu fast vollständiger Entfärbung. Eine intensive Kernfärbung ergab die Carbolglycerinfuchsinlösung von Czaplewski, während das Protoplasma blass, aber immerhin deutlich gefärbt erschien; die Vacuolen liessen sich hier nicht deutlich darstellen, doch waren die Contouren in diesen Fällen nicht scharf und machte es den Eindruck, dass hier selbst in Zerfall begriffene Amoeben sich noch deutlich gefärbt hatten. Der relativ gross erscheinende Kern zeigte kein homogenes, sondern von kleinen Hohlräumen durchsetztes Gefüge.

Wenn ich nach dem Gesagten meine, dass in jedem Falle, an dem Gesammtbilde der Erscheinungsform der Amoeben im Stuhl, dieselben leicht erkannt werden können, so möchte ich noch einmal erwähnen, welche Punkte ausser der Form, der Bewegung, dem Kern, den Vacuolen, dem abweichenden Lichtbrechungsvermögen, den Einschlüssen, bei weiteren Untersuchungen noch zur Prüfung herangezogen werden: ich meine die tinctorielle Darstellung der Amoeben mit starkfärbenden aber entsprechend präparirten Farbstoffen (Carbolglycerinfuchsin Czaplewski, Thionin Lang), die vitale Reaction gegenüber gewissen Farbstoffen, wie oben geschildert und ev. das abweichende Verhalten des Schleims gegenüber Farbstoffen.

Zum Schluss muss ich im Hinblick auf die letzte Veröffentlichung von Kruse[19]) erwähnen, dass in meinen Fällen kein Mal eine einheitliche Bacterienflora der Schleimklumpen im gefärbten Präparat hat constatirt werden können.

December 1900.

Aus dem Deutschen Alexander-Hospital.

Die gekörnten Erythrocyten bei Bleivergiftung.

Von

Dr. O. Moritz,

Assistent.

(Nach einem Vortrag im Verein St. Petersb. Aerzte.)

Das Vorkommen eigenartiger, durch basische Farbstoffe färbbarer Granulationen in rothen Blutkörperchen ist bei verschiedenen anämischen Zuständen beschrieben worden. Schon Ehrlich hat 1885 auf dieses Phänomen hingewiesen, 1893 und 1895 erschienen Publikationen von Askanazy, 1896 von Lazarus über dieses Thema und in den letzten Jahren sind noch mehrere weitere gefolgt, so besonders von Grawitz, Plehn, Litten, H. Strauss, Hamel, Sabrazès u. A. (cf. Literaturverzeichniss). Ausserdem sind die Körnungen bekanntlich bei pernic. Anämie, Leukämie und gelegentlich bei Cachexien nach Carcinom, Malaria, Sep-

---

[18]) Ueber Amoeben und ihre Unterscheidung von Körperzellen. Fortschritte d. Med. Bd. XVII, 1899, Nr. 4, p. 121.

[19]) Ueber die Ruhr als Volkskrankheit und ihren Erreger. Deutsch. med. Wochenschr. 4. October 1900. Nr. 40.

sis etc. beobachtet worden. Die meisten Autoren sind jetzt wohl mit Ehrlich und Grawitz der Ueberzeugung, dass es sich bei diesen Granulationen um Degenerationszustände im Protoplasma handelt; immerhin hat auch die Ansicht, dass die Körner Zerfallsproducte der Kerne rother Blutkörperchen seien, ihre Vertreter — so Askanazy, Litten, Sabrazès u. A.

Dass speciell das Blei im Stande ist, basophile Granulationen hervorzurufen, ist experimentell festgestellt worden. Sabrazès hat bei Meerschweinchen und einigen anderen Thieren, Strauss bei einem Kaninchen positive Resultate erhalten und ich habe an anderer Stelle über eine Reihe gelungener Experimente an Kaninchen berichtet. Was das weitere Schicksal der Granulationen im Thierblut betrifft, so kann man noch Monate nach Aufhören der Bleigaben einzelne gekörnte Erythrocyten finden, während freilich meist die Anzahl derselben in den ersten Wochen nach Sistirung der Experimente schnell herabgeht. Erwähnen möchte ich noch, dass eben geborene Kaninchen, deren Mütter reichlich gekörnte Erythrocyten besassen, in ihrem Blute keine Körnchenbildungen zeigten. Sabrazès hat beim Kaninchen keine typischen Körnchen erhalten, was ich mir daraus erkläre, dass es bei kleiner Dosis recht lange dauert, bis dieselben auftreten: bei 0,005 Pb. acet. täglich habe ich erst nach 1 Monat, bei 0,05 nach 10 Tagen, bei 0,25 freilich schon nach 1—2 Tagen ein typisches Bild erhalten. Dabei glaube ich constatiren zu können, dass Kaninchen, die nach Weglassen der Bleigaben ihre Körnchen allmählich verloren haben, bei erneuter Darreichung von Pl. acet. die Granulationen wesentlich schneller als das erste Mal erscheinen lassen. Durch die Arbeit von Hamel ist nachgewiesen worden, dass auch beim Menschen die Bleiintoxication sehr häufig das Auftreten der basophilen Körner zur Folge hat: von 25 Fällen hatten 23 ein positives Resultat — von diesen besassen 2 nicht einmal einen Bleisaum, 4 andere hatten denselben, waren aber nicht wegen Saturnismus in Behandlung.

Es war nun von Interesse festzustellen, ein wie hoher Grad von Bleiintoxication das Auftreten der Körner zur Folge hat und ob dasselbe bei gesunden Bleiarbeitern häufig zu beobachten ist. Um diese Frage zu klären, habe ich bei einer Anzahl Arbeiter zweier Bleifabriken, mit freundlicher Erlaubniss der Directionen, Untersuchungen angestellt, deren Ergebniss hier folgt. Ich habe die Fälle nach der Dienstdauer geordnet und betone ausdrücklich, dass Saturnismus nur im Fall 23 vorlag, vorübergehende Neuralgien, Muskel-, Kopf- und Leibschmerzen ab und zu bei Fall 5, 8, 10, 16 und 24 bestanden hatten, welche Beschwerden jedoch nicht unbedingt alle auf Blei bezogen werden mussten; alle übrigen 26 Fälle hatten nicht die geringsten Bleibeschwerden gehabt und waren stets gesund und voll arbeitsfähig gewesen. (cf. Tabelle).

Es ergiebt sich somit, dass schon eine Arbeitsdauer von nur 8 Tagen unter Umständen genügen kann, um Granulationen der Erythrocyten erscheinen zu lassen. Sieht man von den technischen Leitern der Fabriken ab, die nicht in unmittelbare Berührung mit dem Blei kommen, wenn sie sich auch täglich in den Arbeitsräumen aufhalten, so ergaben ein negatives Resultat nur die Fälle 15, 17 und 31. Bei Nr. 31 ist dieses durch die kurze Arbeitszeit erklärlich, bei 15 und 17, von denen Letzterer sogar als «Schmelzer» besonders der Intoxication ausgesetzt gewesen wäre, muss man annehmen, dass sich diese Arbeiter einer besonderen Sauberkeit und Sorgfalt beim Händereinigen befleissigten.

In allen untersuchten Fällen waren die Formelemente des Blutes bis auf die Körnchen normal, insbesondere waren nie kernhaltige rothe Blutkörperchen vorhanden,

A. Bleiwalzwerk.

№	Wie lange im Dienst?	Bleisaum.	Körnchen.
1.	Technischer Leiter der Fabrik, 5 J. im Dienst, leidet an myelog. Leukämie.	Spur.	0
2.	Arbeiter 20 Jahr.	?	mässig.
3.	» 6½ »	Spur.	mässig.
4.	» 5 »	+	mässig.
5.	» 4½ »	+	viel.
6.	» 4 »	0	mässig.
7.	» 3 »	Spur.	mässig.
8.	» 2½ »	Spur	viel.
9.	» 2½ »	+	viel.
10.	» 2 »	+	viel.
11.	» 2 »	Spur.	wenig.
12.	» 1½ »	Spur.	viel.
13.	» 1½ »	0	wenig.
14.	» 1½ »	0	mässig.
15.	» 1½ »	?	0
16.	» 1½ »	Spur.	viel.
17.	» 1 »	0	0
18.	» 8 Monate.	Spur.	viel.

B. Bleifarbenfabrik.

№	Wie lange im Dienst?	Bleisaum.	Körnchen.
19.	Fabrikdirektor, 11 Jahr.	0	0
20.	Obermeister 20 »	Spur.	Sehr viel.
21.	Arbeiter 8 »	Spur.	viel.
22.	» 7½ »	+	viel.
23.	» 5 »	+	viel.
24.	» 1½ »	Spur.	mässig.
25.	» 5 Monat.	Spur.	wenig.
26.	» 1½ »	0	mässig.

Um festzustellen, wie bald die Körnchen auftreten, war es nöthig, einige erst kürzlich angestellte Arbeiter zu untersuchen. Es fand sich:

27.	Arbeiter 1 Monat.	Spur.	mässig.
28.	» 4 Wochen.	Spur.	wenig.
29.	» 4 »	?	wenig.
30.	» 3 »	0	wenig.
31.	» 2 »	?	0
32.	» 8 Tage.	?	wenig.

so dass ich schon aus diesem Grunde allein die Entstehung der basophilen Körnungen aus zerfallenen Kernen für nicht zutreffend halte.

Wir haben in den gekörnten Erythrocyten somit ein sehr früh auftretendes und deshalb wichtiges Symptom der Bleiintoxication, ich möchte fast sagen der intensiven Beschäftigung mit Blei, zu sehen, welches dem Auftreten des Bleisaumes vorangehen kann. Ist das Blut im Uebrigen normal, so lassen sich die meisten anämischen Zustände, bei denen die basophilen Körnchen vorkommen, mit einiger Wahrscheinlichkeit ausschliessen.

Diagnostisch verwerthbar wird das Phänomen nur dann, wenn es bei mehrfacher Untersuchung constant vorhanden ist.

Literatur.

Askanazy: Zeitsch. f. kl. Med. Bd. 23 u. 27.
Ehrlich: Charité-Annalen Bd. X.
Engel: Virch. Archiv Bd. 153.
Grawitz: Deut. med. Woch. 1899 Nr. 36 und Berl. klin. Woch. 1900 Nr. 9.
Hamel: Deut. Arch. f. kl. Med. Bd. 67.
Lazarus: Deut. med. Woch. 1896 V. B. Nr. 17 und die Anämie (Nothnagel Bd. VIII, 1900).
Litten: Deut. med. Woch. 1899 Nr. 44.
Moritz: Deut. med. Woch. 1901 Nr. 5.
Plehn: Deut. med. Woch. 1899 Nr. 28 u. ff.
Sabrazès: Journ. de Phys. et de Pathologie. November 1900.
Schaumann: Volkm. klin. Vorträge Nr. 287, 1900.
Strauss und Rohnstein: Die Blutzusammensetzung bei versch. Anämien. Berlin 1901.
Tallquist: Ueber experim. Blutgiftanämien. Berlin 1900.
Ullmann (Bloch, Litten, Strauss): Deut. med. Woch. 1899. Ver.-Beil.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Savor: Leitfaden für die Schwangerenuntersuchung. Verlag von F. Deuticke Leipzig und Wien. 1901.

Vorliegender kurzer Leitfaden, hervorgegangen aus den Uebungscursen an der Wiener Klinik, ist vornehmlich für die Bedürfnisse des Studirenden oder eines Anfängers in der geburtshilflichen Paxis berechnet. In kurzen Zügen wird der Gang der Untersuchung einer Schwangeren angegeben: äussere, innere Untersuchung, Beckenmessung etc. Ausgezeichnet sind die 14 Abbildungen, welche sich zum grossen Theil auf die Beckenmessung beziehen und den Anfänger durch Wort und Bild lehren, die Beckenmaasse zu nehmen.

Lingen.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 18. October 1900.

Vorsitzender: Kessler. Schriftführer Boettcher.

Anwesend die Herren: Jaesche, Graubner, Hartge, Hoffmann, Kieseritzky, Koppel, Lackschewitz, Lezius, Otto, Paldrock, Schiemann, Pfaff, Terrepson, Lantzky, Ungern, Zoege.

1) Zoege demonstrirt einen Patienten, den er heute aus seiner Abtheilung im Stadthospital entlassen hat.

Patient 29 a. n. trat am 27. September in Zoeges Abtheilung. Sieben Wochen vor seinem Eintritt verspürte Pat. Schmerzen im linken Ohr, die 2—3 Wochen anhielten, worauf heftige Kopfschmerzen einsetzten.

Status am Tage des Eintritts. Temperatur 37,8. Empfindlichkeit des linken Ohrs, des proc. mast. und im Gebiet des Sternocleidomast. Haut nicht wesentlich geröthet, auf Druck empfindlich. Im Verlauf des Sternocleidomast. ein harter Strang. Sensorium nicht ganz frei.

Diagnose: Otitis media.

Das vereiterte Centrum wird mit dem Bohrer eröffnet und freigelegt. Ein Schnitt durch den Sternocleidomastoid. legt die Jugularis frei und wird bis zur Subclavia fortgeführt, wobei sich das Jugulum thrombosirt erwies, das Gefäss wird nun eröffnet und ein rother Thrombus mit der Pincette entfernt, worauf alle septischen Symptome im Verlauf des nächsten Tages zurückgehen. Am 3. Tage eine Temperatursteigerung, die wohl als Infiltrationstemperatur zu erklären wäre. Nach Borsäurespülungen in die Jugularis durch den Sinus fällt die Temperatur und Patient fühlt sich nun fortlaufend wohl. Trotz ungenähtem Sternocleidomat. haben keinerlei functionelle Störungen statt.

2) Koppel hält seinen angekündeten Vortrag:

«Zur Prophylaxe der Lepra.»

Die Verbreitung und Ausbreitung der Lepra ist historisch an grösseren Verschiebungen und Bewegungen im Leben der Völker gebunden. So sehen wir zum ersten Mal nach der Völkerwanderung und dann nach den Kreuzzügen ein rapides Umsichgreifen dieser Krankheit, während in den weniger bewegten solchen Verschiebungen folgenden Zeiten sich sofort eine Remission bemerkbar macht, die sich bis zum völligen Erlöschen derselben steigern kann. Das hat seinen Grund darin, dass sich die Landbevölkerung im Besonderen sowie alle Einwohner eines Landes, in dem bis hiezu Lepra nicht vorgekommen, sich ungemein langsam mit dieser chronischsten aller Krankheiten vertraut macht und in den ersten Zeiten ihres Auftretens es an der erforderlichen Vorsicht Erkrankten gegenüber fehlen lässt. Bei uns zu Lande hat sich die Lepra, die nach Eroberung des Landes zuerst beobachtet worden ist, seit dem Jahre 1870 besonders ausgebreitet. Der Grund hierfür ist auch wiederum in einer stärkeren Bewegung der Landesbevölkerung zu suchen, wie sie mit Schaffung des ledigen Bauerstandes nach Einführung des Bauerlandverkaufs begann. Durch die Kaufbewegung und Freizügigkeit zogen auch Leprakranke, die man in ihren alten Sitzen zu meiden wusste in neue Gegenden und nur zu häufig in Gegenden, die bis dato als leprafrei zu betrachten waren. Nach der Statistik von Erasmus war denn auch die sofortige Folge eine grosse Zunahme von Leprösen. Desgleichen macht sich gegenwärtig durch grössere industrielle Unternehmungen eine lebhaftere Bewegung im Landvolke bemerkbar. Fabriken und Eisenbahnen werden gebaut und ein Theil der letzteren geht durch bekannte Lepraherde. Dadurch können sich in der Heimath wohlregistrirte Kranke in Gegenden begeben, wo man weder sie noch die Krankheit kennt, und so die Ansteckung vermitteln.

Daraus ergeben sich folgende Postulate:

1) Möglichst genaue Bekanntmachung des Landvolks mit der Krankheit sowohl ihrer Symptomatologie als auch ihrer infectiösen Eigenschaften durch die Tagespresse und durch kleine Broschüren.

2) Oeffentliches Namhaftmachen der an Lepra Erkrankten, sodass Jedermann in der näheren Umgebung es weiss, wenn er mit einem Leprösen zu thun hat.

3) Genaue Listen über alle irgendwie zur Kenntniss der Aerzte oder anderer Personen gelangten Leprösen und Controlle ihrer Lebensweise. Bei Wohnungsänderung sofortige Mittheilung an die Behörde ihres neuen Wohnorts.

4) Vermehrung der Kirchspielsärzte behufs zweckmässiger Controlle der Patienten.

5) Registrirung der Leprösen in Gemeindelisten und Vermerk ihrer Krankheit auf ihrem Pass.

6) Regelmässiges Untersuchen der Schulkinder und Confirmanden auf Lepra.

7) Besondere Abendmahlgeräthe für Lepröse und ein getrenntes Abendmahl.

8) Controlle der Armenhäuser. (In's Laisholmsche Armenhaus kamen vor 10 Jahren 2 Lepröse, die dann 6 ihrer Bettnachbarn inficirt haben).

9) Vorweisung eines Gesundheitszeugnisses bei Antritt neuer Stellen zu Georgi.

Von diesen 9 Postulaten hält Koppel das 5. für das wichtigste und glaubt, dass es bei einigermassen gutem Willen durchführbar sei. Die von Koppel verlangte Passregel scheine rigoros, sei aber wegen der ungeheueren Gewissenlosigkeit der Kranken ausserhalb der Leprosorien Gebot und in Deutschland bereits durchgeführt. Diese leichtfertige Gewissenlosigkeit illustrirt Koppel an zwei Beispielen.

Discussion:

Zoege fragt, wie die Lepra sich hier weiter verbreitet habe, da die erste Eisenbahn keine Vermehrung der Krankheit bewirkt hätte.

Koppel: Struve hätte zu Beginn dieses Jahrhunderts Lepra beschrieben, die in der Nähe von Reval aufgetreten sei und von Kosacken eingeschleppt worden sei. Ein Kranker hätte sich dann nach Weissenstein begeben und dort die Lepra verbreitet An derselben Landstrasse sei sie dann in Tschorna aufgetreten, von da seien Fälle nach Kawershof gezogen, worauf sie in Dorpat — Laisholm — Fellin und Riga aufgetreten sei. Die durch die allgemeine Wehrpflicht importirten Fälle seien sehr vereinzelt.

Zoege hält Koppel's Vorschläge für ganz ausgezeichnet. Halbe Massregeln und Sentimentalität seien nicht mehr am

Platz wo sich die Krankheit in 20 Jahren von 0 auf 1000 verbreitet hat. Von der Presse glaube er keinen allzu grossen Einfluss erwarten zu dürfen.

Hoffmann fragt, ob in Norwegen die Internirung zwangsweise durchgeführt wurde.

Koppel: In Norwegen sei die Internirung bedingungsweise — zwangsweise. Es werde zuerst unter ärztlicher Controlle ein Versuch mit dem Patienten gemacht. Erweist es sich, dass er den an ihn gestellten Anforderungen nicht nachkommt und somit eine Gefahr für seine Umgebung bedeutet, werde er internirt.

Die Gesellschaft beschliesst sich mit dem «Verein zur Bekämpfung der Lepra» in Relation zu setzen um Koppel's Postulate zu realisiren.

Vermischtes.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 16. Juni d. J. 7926 (88 wen. als in d. Vorw.), darunter 376 Typhus — (3 mehr), 814 Syphilis — (20 mehr), 349 Scharlach — (29 wen.), 112 Diphtherie — (8 mehr), 80 Masern — (9 mehr) und 21 Pockenkranke — (11 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 10. bis zum 16. Juni 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
440	319	759	227	93	122	17	8	28	56	34	52	38	49	23	10	2

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 22, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 18, Scharlach 17, Diphtherie 22, Croup 2, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 12, Erysipelas 5, Grippe 6, Cholera asiatica 0, Ruhr 2, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 77, Tuberculose anderer Organe 18, Alkoholismus und Delirium tremens 3, Lebensschwäche und Atrophia infantum 54, Marasmus senilis 28, Krankheiten der Verdauungsorgane 207, Todtgeborene 37.





Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau **Catharine Michelson**, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Schwester **Const. Schmidt**, Петерб. ст. Матвѣевская ул. д. 9, кв. 20.
Frau **Marie Kubern**, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.
Schwester **Elise Tenisson**, Невскiй просп. д. 136, кв. 13.
Frau **Gülzen**, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 10.
Frau **Hasenfuss** Мал. Подъяческ. д. 14 кв. 15.
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau L. A. Bogoslawskaja, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.

Ольга Свѣтлова, Сергіевск. д. 17, кв. 19

Дозв. ценз. Спб., 28 Іюня 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 27 St. Petersburg, 7. (20). Juli. **1901**

Berichtigungen.

In Nr. 26 ist in der Arbeit von Dr. O. Moritz — «die gekörnten Erythrocyten bei Bleivergiftung» auf der Zeile 10 folgender Satz einzuschalten: «Die neueren Arbeiten betonen sämmtlich das häufige Vorkommen der basophilen Granulationen bei Bleivergiftung. Ausserdem....»

Das Blut bei Anämia gravis ex bothriocephalo.

Von

Priv.-Doc. Dr. W. Sawjalow.

Die morphologischen Veränderungen des Blutes bei perniciöser Anämie bestehen, wie bekannt, in der äussersten Verminderung der Zahl der rothen Blutkörperchen und in dem Hervortreten von anormalen Formen derselben (Poikilocythen, Mikrocythen, kernhaltige Erythrocythen). Unsere Kenntnisse über die chemische Zusammensetzung des Blutes bei dieser Krankheit sind sehr gering.

Stintzing und Gumprecht[1]) haben bei ihren Untersuchungen über den Wassergehalt des Blutes bei verschiedenen Krankheiten den Hämoglobingehalt und den Trockenrückstand des Blutes bei der perniciösen Anämie auch bestimmt. Sie haben folgende Zahlen gefunden:

	Trockensubstanz	Hämoglobin (nach Fleischl)
Fall 1 (Mann) . .	11,9 pCt. . . .	59 pCt. der Norm
„ 2 (Weib) . .	12 „	31 „ „ „

Der normale Gehalt der Trockensubstanz im Blute ist nach den Angaben derselben Autoren im Mittel für Männer gleich 21,6 pCt., für Weiber = 19,8 pCt. Damit wurde zuerst die Verminderung der Trockensubstanz des Blutes bei der fraglichen Krankheit constatirt. Aber ob die Ursache dieser Verminderung in einem hydrämischen Zustande des Plasmas oder in einer anormalen Zusammensetzung der Erythrocyten, oder bloss in der Verminderung der Zahl derselben liege, blieb unerklärt. Gewiss war schon a priori die letzte Voraussetzung die wahrscheinlichste, doch für die genaue Bestätigung derselben war eine ausführliche Analyse von Blut mit Trennung des Plasmas von den Körperchen unumgänglich. Diese Aufgabe wurde von Erben[2]) erfüllt. Die von ihm erhaltenen Zahlen werden weiter unten zur Vergleichung mit den meinigen angeführt. Das Blut enthielt im Falle von Erben erheblich weniger Blutkörperchen als normales Blut. Was die Zusammensetzung des Plasmas und der Körperchen anbetrifft, so fällt bei beiden die Verminderung des Trockenrückstandes auf. Dieser Wasserreichthum hat seine Ursache hauptsächlich in der Verminderung der Eiweissstoffe des Plasmas und der Blutkörperchen. Die Extractivstoffe des Plasmas sind auch zum Theil vermindert. Der Fett-, Cholesterin- und Lecithingehalt ist im Plasma geringer als normal. Das Lecithin in den rothen Blutkörperchen scheint etwas vermehrt zu sein; die übrigen Extractivstoffe der Erythrocythen weichen von der Norm kaum oder sehr wenig ab. Bei der directen Analyse des Blutkörperchenbreies fand Erben, dass die Erythrocythen des analysirten Blutes eine kleine Menge Fett enthalten. Aber der Verfasser will nicht dieses Fett als Bestandtheil der Erythrocythen betrachten, vielmehr erklärt er, dass das gefundene Fett als Verunreinigung aus Serum und Leucocythen stammt. Zu dieser Art Erklärung werden wir später zurückkehren.

Rumpf[3]) hat die Asche des Blutes in einem Falle von perniciöser Anämie analysirt. Dabei fand er, dass der Eisen- und Kaliumgehalt der Asche des Gesammtblutes evident vermindert ist und giebt folgende

[1]) Deutsch. Arch. f. klin. Medic. Bd. 53. 1894.

[2]) Ztschr. f. klin. Medic. 14. Bd. 1900.

[3]) Berliner klinische Wochenschrift, 1901, Nr. 18.

Tabelle I.

1000 Theile Blut enthalten.

	Wasser.	Trocken-substanz.	Fett.	Chlor.	Natrium.	Kalium.	Eisen.	Calcium.	Magnesium.	Phosphor.	Schwefel.
I. Normal. Bl. (Mann) } (C. Schmidt).	788,7	211,3	—	2,62	1,902	1,739	—	—	—	—	—
II. » » (Frau) } (C. Schmidt).	823,5	175,5	—	2,845	2,564	1,612	—	—	—	—	—
III. Normal Blut (Mittel aus versch. Analysen).	783,8	216,2	—	2,674	1,654	1,487	0,551	—	—	0,326	—
IV. Perncióse Anaemie. (Rumpf).	900,5	99,45	0,05	3,320	1,360	0,790	0,08	0,12	0,03	0,48	1,15
Pernic. Anämie (Erben).	915,74	84,26	1,742	3,364	2,552	0,636	0,077	0,205	0,041	0,176	0,339
Mittel aus vielen Analysen von Rumpf und Dennstedt.	784,5	215,5	0,497	1,971	1,389	1,715	0,533	0,147	0,054	0,457	1,512

Indem der Verfasser die Asche anderer Organe auch der quantitativen Untersuchung unterwarf, gelang es ihm zu constatiren, dass der Kaliumgehalt fast in allen Organen vermindert ist. Diese Verarmung an Kalium versucht der Verfasser in der Weise zu erklären, dass bei der perniciösen Anämie im Körper giftige Substanzen sich bilden, welche eine gewisse Verwandtschaft zu dem in den Blutkörperchen vorhandenen Kalium haben; die Entziehung des Kaliums muss als die Ursache des Blutkörperchenzerfalls angesehen werden.

Wir glauben aber, dass die Thatsachen einen definitiven Schluss in dieser Richtung kaum gestatten.

Erstens ist die Verminderung des Kaliumgehaltes in dem Blute und den Organen gewiss keine selbstständige Erscheinung, sondern sie hängt hauptsächlich von der Verarmung des Blutes an rothen Blutkörperchen ab, welche bekanntlich die Hauptquelle des in der Blutasche vorhandenen Kaliums sind. Bei einer Analyse der Asche des Gesammtblutes kann man freilich nicht mit Gewissheit sagen, ob die Verminderung des Kaliums nur Folge der Verarmung des Blutes an Körperchen oder Folge der anormalen Zusammensetzung des Plasmas und der Erythrocythen sei. Daher lassen die Zahlen von Rumpf die eine Art Deutung ebensogut wie die andere zu. Aber beim Niederschreiben seines Aufsatzes war Herr Rumpf schon im Besitze der schönen Zahlen von Erben, welche zeigen, dass die hochgradige Verarmung des Blutes an Kalium mit der anormalen Zusammensetzung des Gesammtblutes nur in nebensächlichem Zusammenhang steht; der Hauptsache nach ist diese Verarmung an Kalium nur die Folge einer Verminderung der Erythrocythen im Blute. In dem Falle von Erben war der Kaliumgehalt des Gesammtblutes auch stark vermindert (siehe Tab. 1). Freilich ist der Kaliumgehalt der Erythrocythen bei der perniciösen Anämie auch etwas geringer als normal (Erben), aber die Differenz ist hier schon viel geringer. Diese Differenz verschwindet gänzlich, wenn man den Kaliumgehalt in Procenten der Trockensubstanz der Erythrocythen ausdrückt; es ist klar, dass nur bei einer solchen Umrechnung eine Vorstellung über die wahre Zusammensetzung der rothen Körperchen gewonnen werden kann. Nach einer solchen Umrechnung fällt die volle Uebereinstimmung in dem Kaliumgehalte auf: in der Norm beträgt K_2O 1,19 pCt. der Trockensubstanz, bei der perniciösen Anämie — 1,16 pCt.

Die Verarmung der Organe an Kalium ist auch secundär und hängt von dem verminderten Gehalte dieses Metalloid's im Blute ab. Bekanntlich haben wir bei der Analyse der aus dem Cadaver entnommenen Organe kein reines Material vor uns; das die Gewebe durchtränkende Blut bleibt in den Capillargefässen und kann aus denselben nicht entfernt werden, so dass wir in jedem Organe ein Gemisch der betreffenden Gewebe mit Blut haben. Da aber das Blut bei perniciöser Anämie sehr arm an Kalium ist, so wird man in Summa bei einer solchen Untersuchung weniger Kalium finden als normal.

Rumpf strebt die Richtigkeit dieser Anschauungen auch durch Versuche der Kaliumtherapie bei der perniciösen Anämie zu bestätigen. Freilich sah er in einigen Fällen Genesung nach der Darreichung von Kaliumsalzen. Aber diese therapeutischen Versuche sind nicht rein, weil die Patienten neben den Kaliumsalzen auch andere Mittel (Chinin, Ferratin) bekamen, so dass der Erfolg ebensogut auf die letztere als auf die erstere bezogen werden kann, umsomehr als die angewandte Dose der Kaliumsalze sehr gering war, so gering (0,5 Grm.), dass sie ungefähr $^1/_{10}$—$^1/_6$ des durchschnittlichen täglichen Kaliumconsums betrug. Bekanntlich scheidet der gesunde Mensch bei dem mineralen Stoffwechsel-Gleichgewichte während 24 Stunden 2,3—3,9 Grm. K_2O im Harne aus, und also assimilirt er täglich aus der Nahrung ebenso viel. Wenn man noch erwägt, wie beträchtlich der tägliche Kaliumconsum mit der Art der Nahrung wechselt, so ist schon von vornherein die Unwirksamkeit einer so geringfügigen Zugabe des Kaliums zu der Nahrung vorauszusagen. Was die besonders leichte Assimilirbarkeit der benutzten Kaliumsalze (welche Rumpf hervorhebt) betrifft, so wissen wir nach den Versuchen von Bunge und Lunin, dass die natürlichen Salze der Nahrung wahrscheinlich weit leichter assimilirt werden, als fremde zu der Nahrung zugesetzte Salze. — Somit können die von Rumpf ausgeführten therapeutischen Versuche nicht zur Unterstützung seiner Theorie dienen.

Diese Theorie ist ein Abglanz des grossen Liebigschen Minimumgesetzes, welches bekanntlich auf den Beobachtungen über den wachsenden pflanzlichen Organismus begründet ist und, wie die neueren Forschungen dargethan haben, auch für den wachsenden thierischen Organismus wahrscheinlich gilt. Aber ob das Gesetz von Liebig in seinem wahren Sinne auch für den erwachsenen Organismus seine Kraft hat, ist noch nicht entschieden, weil die Bedingungen des Mineralstoffwechsels zu complicirt und zu wenig geklärt sind. Ich kann hier in die Details dieser Frage nicht eingehen und erlaube mir nur zu bemerken, dass wenn ein so geistreicher Forscher wie G. Bunge von der endgiltigen Entscheidung Abstand nimmt, dieses Problem gewiss noch weit von seiner Lösung entfernt ist.

Aber dass das Gesetz vom Minimum in seinem wahren Sinne bei der perniciösen Anämie kaum eine Rolle

spielt, liegt auf der Hand. Wie dunkel das Wesen der Krankheit auch sein mag — die Thatsache ist doch unstreitig, dass die erste Ursache der drohenden Symptome in der Zerstörung der Erythrocythen liegt; die blutbildenden Organe sind nicht im Stande dieser Zerstörung der rothen Blutkörperchen durch ihre Neubildung das Gleichgewicht zu halten; aber aus welchem Grunde? wegen des Mangels an Kaliumsalzen? Aber diese letzteren sind doch nach der Zerstörung der Erythrocythen noch im Besitze des Organismus geblieben. Es ist also kein absoluter Mangel an Mineralstoffen vorhanden, wie in den Fällen, in welchen das Liebig-sche Gesetz obwaltet. Man kann nur einen sozusagen «physiologischen» Mangel an Salzen zulassen, da, wie aus den Versuchen von Forster und Lunin hervorgeht, der thierische Organismus nicht im Stande ist, die aus der Zerstörung der Gewebe stammenden, sozusagen abgearbeiteten Salze aufs Neue in Benutzung zu ziehen. Daher bedarf der Organismus einer neuen Zufuhr derselben. Rumpf meint, dass diese Zufuhr bei der perniciösen Anämie erschwert und die Assimilation der Kalisalze vermindert ist. Auf eine ähnliche Erscheinung weist bekanntlich Bunge in seiner Theorie der Chlorose hin. In dieser Theorie haben wir, wenn nicht eine endgiltige Lösung der Frage, so doch eine reelle chemische Thatsache uud eine greifbare Hypothese. Aber auf welche Weise die Assimilation der Kalisalze (andere Neutralsalze ausgenommen) geschwächt werden kann, ist aus der Arbeit Rumpf's nicht zu ersehen.

Es gelang mir durch die Liebenswürdigkeit von Prof. Dr. K. Dehio, welchem ich hiermit meinen verbindlichsten Dank ausspreche, das Blut eines an perniciöser Anämie leidenden Patienten zu bekommen.

August R., 57 Jahre alt, verheirathet, kam den 13. April 1901 in die Hospitalklinik mit Klagen über allgemeine Schwäche, Kopfschmerzen, Schwindel beim Aufstehen aus dem Bette, Athemnoth beim Gehen, Schmerzen in allen Körpertheilen, Husten.

In der Anamnese abusus in Baccho. Früher litt Pat. an Cholera (?1852), Diphtherie (1870), Tripper und Ulcus molle (1872), Schwellung der Füsse (1886), rheumatoide Schmerzen in den Gelenken, Handknöcheln und im Kopfe (1891) und Keratitis purulenta (1900). Der Patient hat zum ersten Mal im Jahre 1870 den Abgang von Bandwürmern bemerkt, was sich bis jetzt noch 6 Mal wiederholt hat.

Status. Haut und Schleimhänte sehr blass, Gesicht etwas geschwollen, Füsse ebenso. Der Herzstoss sehr schwach, Herz etwas dilatirt; systolische Geräusche am Herzen.

Die klinische Untersuchung des Blutes gab folgende Resultate:

Erythrocythenzahl — 2,150,000.

Hb — 34 pCt. (Fleischl).

Im Blute wurden viele Poikilocythen nachgewiesen; ebenso findet man auch Mikrocythen und kernhaltige Erythrocythen, aber in geringerer Zahl.

Bei der Untersuchung der Fäces findet man Eier von Botriocephalus latus.

Diagnose: Anämia gravis ex botriocephalo lato.

Nach einer sechswöchentlichen Behandlung mit dem Schwitzbette und mit Kaliumsalzen (Kalium tartaric., Kal. citric. ana 0,25 pro die in wässeriger Lösung) wurde der Patient völlig gesund entlassen.

Das vor Beginn der Behandlung aus der Vena mediana entnommene Blut wurde nach der Methode von Hoppe-Seyler analysirt.

Tabelle II.

100 Theile Blut enthalten.

	Anämia gravis ex botriocephalo (Sawjalow).	Perniciöse Anämie (Erben).	Hämophilie (Sawjalow).	Chylurie. (Hoppe-Seyler).	Melanosarcom. (Hoppe-Seyler).	Normal. (Becquerel u. Rodier).
Wasser. . .	89,72	91,57	82,30	79,68	79,34	78,16
Trockenrückstand.	10,28	8,43	17,70	20,32	20,66	21,84
Eiweissstoffe	8,64	6,74	16,36	18,31	18,89	20,27
Davon:						
Hämoglobin	3,49	—	—	14,96	12,97	—
Andere Eiweissk. . .	5,15	—	—	3,35	5,92	—
Fett	0,38	0,17	0,45	0,17	0,23	0,17
Cholesterin.	0,003	0,007	0,07	0,16	0,23	1,19 (Cholesterin bis Salze)
Lecithin. . .	0,10	0,08	0,21	0,35	0,21	
Uebrige Extractivstoffe. . . .	0,41	0,54	—	0,63	0,55	
Salze	0,75	0,88	0,64	0,70	0,50	

Die erste Colonne dieser Tafel enthält die Daten des in dieser Arbeit besprochenen Falles. Die weitern Colonnen sind zum Vergleich beigefügt.

Wie aus der Tabelle II. ersichtlich, fällt der grosse Wassergehalt des untersuchten Blutes auf: der Trockenrückstand ist fast 2,5 Mal geringer als in den anderen Krankheitsfällen (Chylurie, Melakosarcom), wo die Blutzusammensetzung keine Aenderung erfuhr und als in der Norm. Da die Eiweissstoffe bekanntlich den grössten Theil des Trockenrückstandes ausmachen, so bezieht sich auch in unserem Falle die Verminderung des Trockenrückstandes auf die Verminderung der Eiweisskörper im Blute und speciell des Blutfarbstoffes; der letztere ist in der Menge von nur 3,49 vorhanden (in der Norm 13—14 pCt.); also enthält Blut bei dieser Anämie ungefähr ein Viertel der normalen Menge von Hämoglobin. Die übrigen Eiweissstoffe des Blutes schienen unverändert zu sein.

Ebensolche Resultate bezüglich der Eiweissstoffe erhielt Erben, in dessen Falle der Eiweissgehalt des Blutes noch tiefer sank.

Der Fettgehalt des Blutes ist in unserem Falle vermehrt. Erben fand in seinem Falle eine Verminderung des Fettes. Uebereinstimmend mit Erben finde ich Cholesterin und Lecithin beträchtlich weniger als in der Norm. Die übrigen Extractivstoffe und Salze sind, wie es scheint, ungefähr in normaler Menge vorhanden.

So ist die Zusammensetzung des Gesammtblutes. Aber da das Blut ein heterogenes Gemisch von Plasma und Körperchen ist, soll man, um ein genaues Bild von den Veränderungen dieser Blutbestandtheile zu gewinnen, die Zusammensetzung von Plasma und Körperchen getrennt betrachten.

Tabelle III.
100 Theile Plasma enthalten.

	Anämia gravis ex bothrioc. (Sawjalow).	Perniciöse Anämie. (Erben).	Hämophilie. (Sawjalow).	Melanosarcom. (Hoppe-Seyler).	Chylurie (Hoppe-Seyler).	Normal. (C. Schmidt).
Wasser . . .	92,59	93,36	91,06	91,45	92,25	90,88
Trocken-rückstand.	7,41	6,64	8,94	8,55	7,75	9,12
Eiweissstoffe	5,94	5,22	7,63	6,77	5,78	
Fett	0,24	0,18	0,54	0,35	0,36	
Lecithin. . .	0,08	0,05	0,19	0,23	0,27	
Cholesterin.	0,003	0,003	0,03	0,07	0,13	8,26
Uebrige Extractiv-stoffe . . .	0,31	0,32	—	0,38	0,56	
Salze	0,76	0,87	0,67	0,75	0,75	0,86

Tabelle IV.
Zusammensetzung der Asche des Plasmas.

100 Theile Plasma enthalten.	Anämia gravis ex bothrioc. (Sawjalow).	Perniciöse Anaemie. (Erben).	Normal. (C. Schmidt).
SO_3	0,021	0,052	0,013
P_2O_5	0,019	0,027	0,047
Cl	0,355	0,377	0,357
K_2O	0,034	0,057	0,038
Na_2O	0,331	0,377	0,464
CaO	0,014	0,024	0,016
MgO	0,005	0,007	0,004
K_2SO_4	0,047	—	0,028
KCl	0,013	—	0,036
NaCl	0,575	—	0,555
Na_2HPO_4	-	—	0,027
Na_2CO_3	0,056	—	0,353
$Ca_3(PO_4)_2$	0,028	—	0,030
$Mg_3(PO_4)_2$	0,011	—	0,022
100 Th. Asche enthalten.			
SO_3	2,88	6,02	1,51
P_2O_5	2,60	3,10	5,43
Cl	48,63	38,90	41,70
K_2O	4,66	6,59	4,44
Na_2O	45,34	43,46	53,90
CaO	1,92	2,79	1,90
MgO	0,69	0,82	0,42

Die angeführten Tabellen beweisen, dass der flüssige Theil des Blutes in unserem Falle viel geringere Abweichungen von der Norm zeigt, als das Gesammtblut. So sind der Trockenrückstand und die Eiweissstoffe im Plasma, wenn überhaupt, so doch sehr wenig vermindert. Der Fettgehalt ist auch etwas weniger als normal; die übrigen Bestandtheile des Aetherauszuges (Lecithin und Cholesterin) sind in beträchtlich geringerer Menge vorhanden als in der Norm. Besonders bezieht sich das auf Cholesterin, von welchem nur ein Drittel der normalen Menge da ist; der Lecithingehalt ist 1½ Mal geringer als normal. Die übrigen Extractivstoffe und Salze sind ungefähr in normaler Menge vorhanden. Ganz ähnliche Verhältnisse fand Erben in seinem Falle. (Vgl. Tab. III.)

Was die Aschenbestandtheile betrifft, so fällt erstens die ausgeprägte Verminderung von Phosphorsäure auf. Bei der Berechnung der Analysendaten überzeugt man sich, dass die ganze in der Asche vorhandene Phosphorsäure eben nur für die Bindung von Calcium und Magnesium ausreicht. Ebensolche Resultate bekam Erben. Auf die Phosphorsäure fallen bei Erben 0,30 Aequivalente, Summe der Aequivalente von Calcium und Magnesium beträgt 0,33; also bei Erben reicht die Phosphorsäure auch nicht zum Binden der gesammten Menge von Ca und Mg. In den Analysen von C. Schmidt (normales Blut) reichte die Phosphorsäure nicht nur zur Sättigung des Calciums und Magnesiums, sondern es blieb noch sehr viel davon übrig (was in der Tabelle IV durch die Ziffern für das phosphorsaure Natron ausgedrückt ist). Selbstverständlich will ich mit dem Ebengesagten kein Wort über die Vertheilung der Basen und Säuren in einer so zusammengesetzten Flüssigkeit, wie das Plasma es ist, sagen. Ich will nur auf die starke Verminderung der Phosphorsäure hinweisen. In meinem Falle war ihre absolute Menge 2,5 Mal, im Falle von Erben ungefähr 2 Mal geringer als in der Norm. Die relative Menge der Phosphorsäure (in pCt. der Gesammtasche ausgedrückt) ist auch merklich vermindert.

Die Schwefelsäure scheint etwas vermehrt zu sein.

Chlor ist in normaler Quantität vorhanden.

Natron fand ich (übereinstimmend mit Erben) vermindert. Alle übrigen Basen ungefähr in normaler Menge.

Die Zusammensetzung der Erythrocythen findet man bei der Methode von Hoppe-Seyler, wie bekannt, nur rechnerisch aus den analytischen Daten für das Gesammtblut und das Plasma. Aber Erben hat eine Abänderung der Methode vorgeschlagen, indem er den Blutkörperchenbrei, welcher sich aus dem mit Ammoniumoxalatlösung versetzten Blute absetzte, direkt der Analyse unterwarf. Diese Aenderung kann ihrer Idee nach gewiss nur Beifall finden, da sie, die Zusammensetzung der Erythrocythen auf direktem Wege zu eruiren und somit die Fehler zweimal zu verringern gestattet. Ausserdem bietet ein solches Verfahren auch die Möglichkeit der Controlle dar. Aber es bleibt dabei fraglich, ob die Ammoniaksalzlösung nicht eine Veränderung der Zusammensetzung der rothen Körperchen hervorrufen kann. Hoppe-Seyler hat gezeigt, dass Chlornatriumlösung von 3,3 pCt. die Eiweissstoffe aus den Blutkörperchen nicht auslaugt. Was aber die viel leichter diffundirenden Crystalloïde betrifft, so kann man gewiss nicht voraussagen, ob sie bei dieser Behandlung das Stroma der Körperchen verlassen, oder nicht. Wenn man aber erwägt, dass auch die von Hoppe-Seyler empfohlene Lösung nur für gewisse Sorten Blut und nur bei nicht zu langem Stehen den Eiweissvorrath der

Blutkörperchen intakt lässt, so soll man gegenüber der Abänderung von Erben sehr vorsichtig sein, umsomehr, als, wie unten gezeigt wird, die Zahlen, welche Erben mit der modificirten Methode gewonnen hat, in einigen Punkten mit den nach der classischen Methode von Hoppe-Seyler ausgerechneten durchaus nicht übereinstimmen. Daher habe ich aus den Daten von Erben die Zusammensetzung der Erythrocythen ausgerechnet und die dabei gefundenen Werthe in der Tabelle V denen von Erben beigefügt.

Tabelle V.
100 Theile Erythrocylten enthalten.

	Anämia gravis ex bothrioc. (Sawjalow).	Perniciöse Anämie (Erben).	Perniciöse Anämie (Erben, umgerechnet).	Melanosarcom. (Hoppe-Seyler).	Normal. Mann. (C. Schmidt).	Normal. Weib. (C. Schmidt).
Wasser . . .	72,71	79,12	77,68	—	68,16	68,79
Trockenrückstand.	27,29	20,88	22,32	—	31,84	31,21
Eiweissstoffe	24,65	18,38	18,38	40,41	—	—
Davon:						
Hämoglobin.	24,17	—	—	—	—	—
Uebrige Eiweisskörper.	0,48	—	—	—	—	—
Fett	1,18	0,09	0,14	—	—	—
Cholesterin.	0,003	0,04	0,04	0,57	—	—
Lecithin . .	0,21	0,46	0,40	0,16	—	—
Uebrige Extractivstoffe. . . .	1,07	1,02	2,38	0,93	—	—
Salze	0,62	0,89	0,98	—	—	—

In meinem Falle sind die Erythrocythen wasserreicher, als in der Norm; der Trockenrückstand ist ungefähr um 14 pCt. geringer, als normal; die Verminderung bezieht sich hauptsächlich auf die Eiweissstoffe derselben. Unter den Extractivstoffen ist nur Cholesterin stark vermindert; Lecithin und die übrigen Extractivstoffe vermehrt.

Besonders wichtig und vielleicht pathognomonisch für die perniciöse Anämie ist das Vorhandensein von Fett in den Erythrocythen. Die normalen rothen Blutkörperchen enthalten bekanntlich überhaupt kein Fett. Im Falle von Erben findet man rechnerisch 0,14 pCt. Fett in den Erythrocythen. Obgleich dieser Werth schon über die Grenzen des Analysenfehlers hinauskommt, konnte man vielleicht zweifeln, ob bei einer nicht zu grossen Menge des in Arbeit genommenen Blutes (nicht über 33 grm.) und bei sehr geringem Gehalte der rothen Blutkörperchen im Blute der gefundene Werth für den Fettgehalt der rothen Körperchen blos auf den Fehlern der Analyse und der Rechnung begründet ist. Aber Erben hat, wie schon gesagt, den Blutkörperchenbrei auch direkt der Analyse unterworfen und dabei fand er auch einen Fettgehalt = 0,87 pCt. Bei der direkten Analyse von ungefähr 3 grm. Erythrocythen kann schon diese Zahl unmöglich von etwaigen Bestimmungsfehlern abhängen. Erben will auch selbst diesen Werth nicht den analytischen, Fehlern zuschreiben. Aber er betrachtet das gefundene Fett als von den Verunreinigungen mit Serum und Leucocythen stammend. Die Unzulässigkeit dieser Art Erklärung kann man sehr leicht beweisen, wenn man die einfache Rechnung zur Hilfe nimmt. Nach den Versuchen von Bunge[4]) beträgt die Zwischenflüssigkeit des Erythrocythenbreies ungefähr $^1/_7$ des Gesammtgewichtes des letzteren. Diese Zwischenflüssigkeit im Falle von Erben war ein 10 Mal verdünntes Blutserum. Wenn man also den Fettgehalt der rothen Körperchen auf Verunreinigungen mit Serum beziehen will, so bekommt man für den Fettwerth des letzteren die colossale Zahl von

$$0{,}087 \times 7 \times 10 = 6{,}09 \text{ pCt.}$$

oder, auf den umgerechneten Fettgehalt (dritte Colonne der Tabelle V) sich stützend,

$$0{,}14 \times 7 \times 10 = 7{,}80 \text{ pCt.}$$

So viel Fett würde das Plasma enthalten, wenn der von Erben gefundene Fettgehalt des Erythrocythenbreies von den Verunreinigungen abhinge. Die dem Serum beigemischten Leucocythen erklären die Sache auch nicht, weil die Beimischung von Leucocythen nur eine sehr geringe sein kann. Es bleibt also nichts übrig, als die Erythrocythen bei perniciöser Anämie als fetthaltig zu betrachten, umsomehr als man nach beiden Methoden (bei der direkten Analyse und bei dem rechnerischen Verfahren) nicht allzusehr von einander abweichende Resultate bekommt.

In meinem Falle war der Fettgehalt der Erythrocythen so gross, dass man ihn unmöglich durch die Analysenfehler erklären kann. Bekanntlich erhält man bei der Hoppe-Seyler'schen Methode der Fettbestimmung Zahlen, welche bis zu der dritten Decimale richtig sind[5]); in meinem Falle aber war die Differenz zwischen dem Fettgehalte in dem Serum und dem Gesammtblute schon in der ersten Decimale vorhanden.

Mit dem Fettgehalte der Erythrocythen stimmt auch der grosse Gehalt an anderen Extractivstoffen überein. Wenn man die Verfettung der Erythrocyten als eine reine Fettdegeneration betrachten kann, so ist es klar, dass bei der Umwandlung des Eiweisses in Fett die stickstoffhaltigen Extractivstoffe abgespaltet werden müssen; in dem Stroma der Erythrocythen sich anhäufend, vermehren diese Substanzen den Betrag an den «übrigen Extractivstoffen» (Tabelle V). Und in der That fand ich diese letzteren vermehrt. Eine viel grössere Vermehrung (bis zu 2,38 pCt.) dieser Körper bekommt man nach der Umrechnung der Zahlen von Erben.

Selbstverständlich ist die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass die Substanz, welche wir als «Fett» bezeichnen, nicht echtes Fett, sondern ein unbekannter Körper von ähnlichen Löslichkeitsverhältnissen ist. Aber da wir eine solche Substanz noch nicht kennen, bleibt uns nichts übrig als unsere analytischen Daten in die Rubrik «Fett» zu stellen. Ich weiss sehr wohl, dass meine Annahme einer Verfettung der Erythrocythen bei der perniciösen Anämie auf einem grob analytischen Befunde begründet ist; die Bestätigung oder Nichtbestätigung derselben gebührt gewiss den Morphologen, welche in der Ueberosmiumsäure bekanntlich ein hübsches microchemisches Reagens auf Fett haben.

Ich habe auch versucht das Fett in den Erythrocythen mikroskopisch nachzuweisen. Nach der Behandlung mit Osmiumsäure erschienen einige derselben ganz schwarz gefärbt. Aber diese geschwärzten Körperchen waren ziemlich spärlich, was vielleicht darin seine Ursache hat, dass ich das Blut für diese Probe kurz vor der Entlassung des Patienten nahm, als er schon fast

[4]) Physiologische Chemie, Cap. «Blut und Lymphe».
[5]) Vgl., z. B., meine Analyse in «Больничная Газета Боткина», 1901, № 22.

geheilt war. Darum muss ich von der definitiven Entscheidung der Frage Abstand nehmen. Wäre aber die Verfettung der Erythrocythen constatirt, so würden wir damit gewiss dem Verständniss der Krankheit etwas näher treten.

Die geschilderten Abweichungen in der Zusammensetzung der Erythrocythen treten klarer hervor, wenn man die einzelnen Bestandtheile derselben in Procenten der gesammten organischen Substanz ausdrückt:

Tabelle VI.
100 Theile Ornanischer Substanz enthalten.

	Anämia gravis ex bothrioc. (Sawjalow).	Perniciöse Anämie. (Erben, umgerechnet.	Melanosarcom. (Hoppe-Seyler).	Normal. (Jüdell).	
Eiweissstoffe	90,92	86,13	96,06	—	—
Davon:					
Hämoglobin.	89,11	—	—	86,79	94,4
Uebrige Eiweisstoffe.	1,81	—	—	—	—
Fett	4,35	0,66	—	—	—
Cholesterin.	0,01	0,18	1,35	0,25	0,25
Lecithin . .	0,77	1,87	0,38	0,75	0,35
Uebrige Extractivstoffe . . .	3,95	11,15	2,21	—	—

Wie aus Tabelle III und V ersichtlich, hängt der grosse Wasserreichthum des Gesammtblutes bei der perniciösen Anämie weder von der Verdünnung des Plasmas, noch von der Wässrigkeit der Erythrocythen ab. Die letzteren enthalten freilich etwas mehr Wasser, als in der Norm, aber nicht so viel mehr, dass der grosse Wassergehalt des Blutes auf diese Weise erklärt werden könnte. Die Verminderung des Trockenrückstandes des Blutes hängt vielmehr davon ab, dass im Blute viel weniger Erythrocyten enthalten sind, als in der Norm. Da aber bekanntlich die Erythrocythen viel mehr Trockensubstanz, als Plasma, enthalten, so verursacht die Verminderung der rothen Körperchen im Blute eine Verarmung des letzteren an Trockenrückstand.

Tabelle VII.
Zusammensetzung des Blutes.

	Anämia gravis ex bothrioc. (Sawjalow). 100 Th. Blut bestehen aus		Perniciöse Anämie (Erben). 100 Theile Blut enthalten aus	
	Plasma.	Blutkörperchen.	Plasma.	Blutpörperchen.
	85,56	14,44	89,39	10,61
	Darin:	Darin:	Darin:	Darin:
Wasser . . .	79,22	10,50	83,33	8,39
Trockenrückstand.	6,34	3,94	6,06	2,21
Eiweissstoffe	5,08	3,56	4,79	1.95
Davon:				
Hämoglobin	—	3,49	—	—
Andere Eiweissstoffe	5,08	0.07	4,79	—
Fett	0,21	0,17	0,16	0,01
Cholesterin.	0,0026	0,0004	0,003	0,005
Lecithin . .	0,07	0,03	0,04	0,05
Uebrige Extractivstoffe. . . .	0,26	0,15	0,29	0,11
Salze	0,65	0,09	0,77	0,09

Zum Vergleich will ich die normale Zusammensetzung des Blutes anführen.

Tabelle VIII.
Normale Zusammensetzung des Blutes.

	Mann. (C. Schmidt). 100 Th. Blut bestehen aus		Weib. (C. Schmidt). 100 Th. Blut bestehen aus		Mann. (Arronet). 100 Th. Blut bestehen aus		Weib. (C. Schmidt). 100 Th. Blut bestehen aus	
	Plasma.	Erythrocythen.	Plasma.	Erythrocythen.	Plasma.	Erythrocythen.	Plasma.	Erythrocythen.
	48,70	51,30	60,38	39,62	51,22	47,88	65,04	39,96
	Darin:	Darin:	Darin:	Darin:	—	—	—	—
Wasser. . .	43,90	34,97	55,20	27,25	—	—	—	—
Trockenrückstand.	4,80	16,33	5,18	12,37	—	—	—	—

Herrn Prof. Dr. G. W. Chlopin, welcher mir die Räumlichkeiten des Hygienischen Institutes freundlichst zu Gebote stellte, spreche ich hiermit meinen innigsten Dank aus.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Brügelmann: Das Asthma, sein Wesen und seine Behandlung. 4. Aufl. Wiesbaden, 1901. Bergmann.

Ein erfahrener Arzt bietet uns die Summe der geschöpften Kenntnisse in ansprechender und eindrucksvoller Form. Es ist insbesondere für den Neurologen interessant zu erfahren, dass Br. eigentlich alle Asthmaformen (mit wenigen Ausnahmen) als Neurose des Respirationscentrums behandelt. Dementsprechend ist der Hauptfactor seiner Therapie die Suggestion, im Wachzustand und in der Hypnose. Als «éducation astmatique» bezeichnet der Verf. die Summe der therapeutischen, erzieherischen und abhärtenden Methoden. Die Bedeutung der arzneilichen Beeinflussung wird anerkannt, in erster Linie stehen Jodkali, Arsenik, als krampfstillend Morphium, Dionin und Chloral. Das Buch ist lesenswerth geschrieben und kann dem Interesse der Fachcollegen empfohlen werden.

Voss.

Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, herausgegeben von L. Löwenfeld und H. Kurella. Wiesbaden 1901. Bergmann.

Nr. VI und VII: «Ueber Wahnideen im Völkerleben von M. Friedmann.

Die vorliegende Schrift ist in hohem Grade interessant und geistreich geschrieben; sie ist geeignet, Verständniss zu erwecken für alle jene Regungen und Bewegungen, die oft von Einzelbewegungen ausgehend, erst Hunderte, Tausende und schliesslich ganze Völker ergreifen. Auf allen Gebieten lässt sich dieser Vorgang verfolgen, angefangen vom religiösen, politischen, socialen, bis zum rein materiellen des Gelderwerbs. Als Erforderniss bezeichnet F. in durchaus richtiger Weise die Suggestibilität, die eine Eigenschaft der ungebildeten Masse ist. Je uncivilisirter das Volk, um so ungestümer die Entfaltung des Massenwahns. Dass Verfasser Hysterie, Suggestibilität und Hypnose fast promiscue gebraucht und dazu neigt in der Hypnose «künstlich erzeugte Hysterie» zu sehen, ist doch jedenfalls zu weit gegangen. So gut wie die gefährlichen Seiten der Suggestibilität hätte der Autor auch ihre hochbedeutenden Eigenschaften erwähnen können, man denke nur an Erziehung, Belehrung, Bildung, die zum grossen Theil eben auf der Wirkung des Beispiels und der Verbalsuggestion beruhen. Die sachlich gehandhabte Hypnose ist kein «zweischneidiges Schwert», sondern eine schätzbare Waffe im Kampfe gegen manche Erscheinungen der Erkrankungen des Willens und der Vorstellung.

Viel Anregung und Belehrung wird jeder Leser aus dem Friedmann'schen Buch ziehen können, auch wenn er in Einzelnem die Anschauungen des Autors nicht völlig zu theilen vermag.

Voss.

Aus der gleichen Sammlung: Nr. VIII. «Ueber den Traum» von S. Freud.

Der Verfasser giebt in seiner Schrift eine den herrschenden Anschauungen nicht entsprechende neue Auffassung vom Wesen des Traumes. Während Wundt, Weygandt u. A. als häufigste Ursache des Auftretens von Traumgebilden sensorische Reize bezeichnen, bildet diese Entstehung nach Freud scheinbar die Ausnahme. Der Traum ist nach ihm ein Fortdenken, oft eine Erfüllung gehegter Wünsche, seine Dunkelheit und Schwerverständlichkeit wird nur bedingt durch die unbewusst wirkende Thätigkeit der Kritik. Zur Erforschung der Träume räth Freud dem im Schlaf Erlebten sorgfältig nachzugehen; bei einiger Anstrengung wird es gewiss gelingen auch den verworrensten Knäuel zu entwirren und ein Verständniss für den Traum zu gewinnen.

Die vorliegende Schrift reiht sich ihren Vorgängern aus derselben Sammlung würdig an und verdient weiteren Kreisen empfohlen zu werden.

Voss.

Handbuch der physikalischen Therapie, herausgegeben von Prof. A. Goldscheider und Docent P. Jacob. Theil 1, Band 1. Leipzig. Verlag von Georg Thieme. 1891. Mit 69 Abbild. Preis 15 Mk.

Gewissermassen als Ergänzung des vor 2 Jahren in dem gleichen Verlage erschienenen v. Leyden-Goldscheider'schen Handbuches der Ernährungstherapie und Diätetik ist soeben der erste Band eines neuen Handbuches erschienen, welches in seiner originellen, dem derzeitigen Stande der Dinge entsprechenden Anlage eines Erfolges sicher sein kann. «Die Kenntniss der physikalischen Therapie darf nicht mehr der specialistischen Ausbildung vorbehalten und überlassen bleiben, sondern sie muss der allgemeinen medicinischen Ausbildung einverleibt werden. Jeder Praktiker soll von den Methoden der physikalischen Behandlung, ihren Anzeigen und ihrem Wirkungsbereich so viel wissen, um die für den Einzelfall in Betracht kommenden physikalischen Mittel anrathen und eventuell auch ausführen zu können.» So heisst es im Vorwort. — Das Handbuch will alle Methoden physikalischer Behandlung zu einem harmonischen Ganzen zusammenfassen und als einen in sich geschlossenen Bestandtheil der ärztlichen Therapeutik zur Darstellung bringen. Aus der grossen Zahl der Mitarbeiter an diesem bedeutsamen Werk erwähnen wir vorläufig: Prof. Rubner (Klimatologisches), Prof. Nothnagel (klimatologische Erfahrungen), Prof. Eichhorst (Erfahrungen über Hohenlufttherapie), Hofrath G. v. Liebig (Pneumatotherapie), Prof. Lazarus (Inhalationstherapie), Prof. Liebermeister (Bäderwirkungen), Dr. Glax (Allgem. Balneologie), Dr. Hiller (Seeklima und -Sanatorien), Sir H. Weber (Seebäder und -reisen), Prof. Winternitz (Hydrotherapeutisches), Doc. Strasser (Technik der Hydrotherapie), Prof. Goldscheider (Thermotherapie), Dr. Friedländer (Technik derselben), Prof. Löwy und Doc. Dubois Reymond (Physiologisches), Prof. Pagel (Historisches). Den vereinten Kräften dieser hervorragenden Mitarbeiter ist es gelungen bereits in diesem ersten Theilbande einen sicheren und mächtigen Grundstein für ein Werk zu legen, welches bei seiner Vollendung zweifellos zu den fundamentalsten der Neuzeit gehören wird. — Die Ausstattung des Buches kann nicht besser gedacht werden.

Kallmeyer.

Kurzes Lehrbuch der Gynäcologie, bearbeitet von Bumm, Doederlein, Gebhard, v. Rosthorn und herausgegeben von O. Küstner. Jena, 1901. Verlag v. Fischer.

Das neue Lehrbuch der Gynäcologie ist unter Mitwirkung namhafter Autoren von Küstner, auf den der Löwenantheil fällt, herausgegeben. Es ist, wie die Verf. selbst angeben, in erster Linie für Studenten geschrieben und besonderes Gewicht auf die Darstellung einer wissenschaftlichen exacten Auffassung der Gynäcologie gelegt worden. Dabei soll das Lehrbuch nicht nur ein Gerippe sein, sondern doch in einem Umfang (465 Seiten) angelegt sein, dass es erlaubt Diagnose und Therapie genügend zu berücksichtigen. Das Lehrbuch entspricht natürlich auf allen Gebieten den modernsten Anschauungen: man mag jedes beliebige Capitel aufschlagen — überall ist den neuesten Operationsmethoden und Vorschlägen Rechnung getragen. Zum Schluss findet sich ein Abschnitt: gynäcologisch-diagnostische und therapeutische Methodik. In dem letzten von Sticher bearbeiteten Capitel finden sich kurze Anweisungen für microskopisch - bacteriologische Arbeiten.

Es sei nicht unerwähnt geblieben, dass dem Text vorzüglich gelungene Abbildungen, 260 an der Zahl, beigegeben sind.

Lingen.

Schmaus und Sacki: Pathologische Anatomie des Rückenmarks. Wiesbaden, 1901. Bergmann.

Ein vortreffliches Buch, das fürs erste einzig in seiner Art ist. Es verbindet kurze klinische Darstellung der Krankheitsbilder mit sorgfältiger, ja erschöpfender Beschreibung ihre anatomischen Grundlagen. Dabei ist die vorurtheilsfreie, objective Betrachtung und Deutung des Verhältnisses von klinischem Bilde einerseits und anatomischem Befunde andererseits für den Leser ein seltener Genuss! Leider benutzen auch hervorragende Forscher selbst Lehr- und Handbücher nur als Sprachrohr und Reclametrompete ihrer eigenen Ansichten Im Schmaus'schen Buche finden wir eine unbefangene Discussion und eingehende Kritik der geltenden Meinungen, die zu klarem Verständniss ihres Werthes oder Unwerthes führt. Ebenso unentbehrlich wie dem pathologisch-anatomischen Forscher wird das neue Buch auch jedem Neurologen werden, der denkend und strebend das oft dunkle Labyrinth der Rückenmarkserkrankungen zu entwirren bemüht ist.

Voss.

v. Leyden: Die Tabes dorsualis. (Erweiterte Sonderausgabe aus der Realencyclopädie etc. 3. Aufl.). Wien und Berlin, 1901. Urban und Schwarzenberg.

Das v. L'sche Buch ist aus den früheren Auflagen her bekannt; wir verzichten an diesem Orte auf eine genauere Besprechung und verweisen auf eine Charakteristik desselben die an anderer Stelle dieser Wochenschrift gegeben wird.

Voss.

Ziegler: Lehrbuch der allgemeinen und speciellen pathologischen Anatomie. Band I. Allgemeine Pathologie. Jena. Verlag von G. Fischer. 1901.

Die zehnte Auflage ist dem Altmeister auf dem Gebiet der pathologischen Anatomie, R. Virchow, zu dessen bevorstehendem 80jährigen Geburtstag gewidmet.

Bei der Redaction der neuen Auflage hat Verf. sämmtliche Capitel der sorgfältigsten Durcharbeitung unterzogen, ergänzt und erweitert in dem Maasse, dass man im Vergleich mit einer früheren Ausgabe das Lehrbuch kaum wieder erkennt, — es ist auch ums Doppelte in seinem Volumen gewachsen und die Zahl der Abbildungen ist ums fünffache vermehrt. Die Abschnitte, speciell die ersten, die über die Krankheitsursachen, die Weiterverbreitung krankhafter Processe und die Schutzkräfte des menschlichen Organismus handeln, haben eine vollständige Umarbeitung gewonnen. Begreiflicherweise ist der Abschnitt, welcher über die Spaltpilze, Kokken, Bacillen etc. handelt, gleichfalls nach den modernsten Anschauungen umgestaltet.

Das Werk von Ziegler erfreut sich einer so weit verbreiteten Popularität, dass dasselbe einer Empfehlung nicht bedarf, sondern nur des Hinweises auf die eben erschienene neue Auflage.

Lingen.

Winkler: Pharmakotherapie. Berlin und Wien, 1901. Bei Urban und Schwarzenberg.

Verf. hat in dieser Arbeit eine «Uebersicht der gegenwärtigen Arzneibehandlung» geben wollen. Diesen Zweck darf man als erreicht betrachten. Durch alphabetische Anordnung des Stoffes und ein sorgfältig zusammengestelltes Verzeichniss der citirten Droguen und Mittel ist das Buch für den practischen Arzt handlich und bequem gemacht worden.

Voss.

Biedert: Die diätetische Behandlung der Verdauungsstörungen der Kinder. Verlag von F. Enke. Stuttgart, 1901.

Das Büchlein handelt vorwiegend von verschiedenen Ernährungsmethoden, die mannigfaltigen Zusätze und die Resorbirbarkeit derselben — ein Gebiet auf dem Verf. viel gearbeitet und sich einen Namen gemacht hat. — Nachdem der Leser über die verschiedenen Ernährungsmethoden Verf.'s, Gärtner's, Kufeke's einen Einblick gewonnen, wird auf die von B. empfohlenen Methoden eingegangen. Das durchgehende Princip Verf.'s war, auf Medicamente immer mehr zu verzichten, aber die Kinder auf das Mindestmaass von Nahrung und einzelnen Nahrungsstoffen zu beschränken, was noch vertragen wird. Es werden recht zahlreiche Beobachtungen der verschiedenartigsten Darmaffectionen vorgeführt und an der Hand des Falles lernt man die dem Fall angemessene Behandlung kennen. Bald wird das Rahmgemenge ordinirt, bald Mehlnahrung von Theinhardt, dann Pancreaspulver oder die Keller'sche Malzsuppe.

Lingen.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 1. November 1900.

Vorsitzender: Kessler. Schriftführer: Boettcher.

Anwesend die Herren: Jaesche, Faure, Graubner, Hartge, Hoffmann, Koppel, Lackschewitz, Lezius, Otto, Schiemann, Swirski, Truhart, Terrepson, Ungern, Klau, Pfaff, Lantzky.

1. Verlesung der Protokolle der Sitzungen vom 4. und 18. October 1900.

2. Der Vorsitzende theilt der Gesellschaft mit, dass das Mitglied Herr Dr. Lantzky der Bibliothek ein werthvolles Geschenk in Form von 16 Lieferungen Kast'scher pathol.-anat. Tafeln gemacht hätte. Die Gesellschaft spricht Herrn Dr. Lantzky ihren Dank aus.

3. v. Ungern demonstrirt den August L., den er im vergangenen Jahre der Gesellschaft mit der Diagnose Polyneuritis vorgestellt hat. Der Krankheitsverlauf sowie der momentane Zustand des Patienten bestätigen v. Ungern's Diagnose. Der vor einem Jahre geschilderte Zustand des Pat. verschlimmerte sich noch Anfangs, doch liessen später die Schmerzen nach. Zuerst besserte sich der Zustand der oberen Extremitäten, darauf der der unteren, doch bildeten sich in den beiden Kniegelenken rechtwinkelige Contracturen, die von Dr. Schiemann durch ein Brisement forcée beseitigt wurden und im Mai d. J. lernte Pat. wieder gehen. Im Augenblick besteht in dieser Hinsicht nur geringe Behinderung. Pat. ist nun in functioneller Hinsicht als gesund zu betrachten. Dagegen ergiebt die elektrische Untersuchung noch einige Anomalien, so reagirt der N. perioneus beiderseits erst bei über 12 M. Amp.; desgleichen sind an den unteren Extremitäten die Muskeln erst bei sehr starken Strömen direct zu reizen — 16 M. Amp. Leichte Andeutungen einer partiellen E. A. R. sind noch vorhanden. Die vorgeschrittene funct. Restitution gegenüber der elektrischen wird von manchen Autoren so auch von Erb zum Theil dahin erklärt, dass die Markscheide die elektrische Leitung in erster Linie vermittelt und der Axencylinder, der Träger der Function, sich früher erneuert wie die Markscheide. Als Beweis wird unter Anderem angeführt, dass z. B. der N. facialis neugeborener Kinder in den ersten Wochen nach der Geburt eine grosse Unempfindlichkeit gegen electrische Ströme aufweist, was durch den Mangel der sich erst post partum bildenden Markscheide erklärt wird. Was den Fall Ungern's Ansicht nach interessant machte, war der Mangel an sensiblen Störungen und man könnte diesen Krankheitsfall im Sinne Goldscheider's als Neuronerkrankung auffassen, welche nach den unter anderen von Oppenheim und Stieglitz gemachten path.-anat. Untersuchungen, die bei Polyneuritis pathologische Veränderungen in den Vorderhörnern gefunden haben, keinen Unterschied gegenüber der Polyneuritis ant. ac. darzustellen braucht, sondern nur ein mehr oder weniger Betallensein des peripheren resp. centralen Theils desselben Nerven beweist.

4. Kessler demonstrirt ein Präparat eines Schleimhautpolypen des Uterus von sehr ungewöhnlicher Gestalt und Grösse. Diese Polypen sind gewöhnlich bis kirschkerngrosse Gebilde, die an einem langen, leicht abdrehbaren Stiel befestigt sind. Hier bildete der Polyp einen vollständigen Ausguss des Cavum uteri und war sehr weich. An der Rückseite imponirt eine rauhe Stelle, die dem Stil entspricht. Kessler fasste den Polyp mit der Kornzange und drehte ihn mit gewisser Mühe ab — darauf Curettement und Jodpinselung. Verlauf völlig reactionslos. Das C[…] war von völlig negativem Erfolg, da die Schleim[…] in Folge des Drucks vollständig atrophirt sein mus[…]

5. Truhart hält seinen angekündigten Vortrag [...]rischer Rückblick über die Pankreastherapie». (Ers[…] Druck.)

Sitzung vom 15. November 1900.

Vorsitzender: Kessler. Schriftführer: Boettc[…]

Anwesend die Herren: Körber, Jaesche, [...] Faure, Graubner, Hartge, Hoffmann, K[...]ritzky, Koppel, Lackschewitz, Lezius, [...] Paldrock, Schimann, Ströhmberg, Z[...] Pfaff, Lantzky, Terrepson, Ungern, Kla[...] Meyer.

1. Verlesung des Protokolls der Sitzung vom 1. Nov[…] 1900.

2. Dehio hält seinen angekündeten Vortrag über «M[…]nische Behandlung der Hautwassersucht». (Erschein[…] Druck.)

Discussion.

Schiemann fragt, ob man die von Dehio demonstr[…] Binde sterilisiren könne und wie das geschähe.

Dehio: Nach dem Gebrauch werde sie mit Wasser [...] Seife gründlich gewaschen und dann in eine Sublimatlösu[ng] gelegt, in der sie bis zum nächsten Gebrauch liegen bleibe.

Kessler: Es gebe Schwangerschafts- und Geburtsoedem[e] der grossen Labien von mitunter colossalem Umfang. In d[…] Fällen könne die Binde nicht verwandt werden — so das[s] sie ihm für alle Fälle doch nicht genügend erscheine u[nd] man zu den alten nicht einwandsfreien Methoden zurückgreifen müsse.

3. Ströhmberg demonstrirt eine nach seinen Angaben von Magister Kieseritzky hergestellte Pipette, die mit 2 pCt. Arg. nitr.-Lösung gefüllt, bei Druck auf den Gummiüberzug das jeweilige Austreten nur eines Tropfens Lösung gestattet. Zweck dieser Pipette ist Prophylaxe der Gonorrhoe. Nach früheren Erfahrungen hat es sich herausgestellt, dass sofort post coitum vorgenommene Einträufelungen von 2 pCt. Arg.-Lösung oder 20 pCt. Protargol ein gutes Prophylakticum der gonorrhoischen Infection wären. Die dazu hergestellten Pipetten seien deutsches Reichspatent und relativ sehr theuer und nur eine beschränkte Anzahl Male zu gebrauchen. Die von Ströhmberg angegebene Pipette sei sehr billig (15 Kop.), erfülle denselben Zweck und könne stets von Neuem gefüllt werden.

Strömberg bittet die Collegen, im Publikum auf dieselbe aufmerksam zu machen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 23. Juni d. J. 7865 (61 wen. als in d. Vorw.), darunter 373 Typhus — (3 wen.), 775 Syphilis — (39 wen.), 333 Scharlach — (16 wen.), 105 Diphtherie — (7 wen.), 57 Masern — (23 wen.) und 18 Pockenkranke — (3 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 17. bis zum 23. Juni 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
424	315	739	225	106	131	8	11	24	36	44	51	35	30	27	9	2

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 1, Typh. abd. 20, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 27, Scharlach 13, Diphtherie 18, Croup 3, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 14, Erysipelas 4, Grippe 6, Cholera asiatica 0, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 60, Tuberculose anderer Organe 19, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 45, Marasmus senilis 24, Krankheiten der Verdauungsorgane 236, Todtgeborene 36.

PYRMONT.

Saison Anfang Mai bis 10. October — Frequenz: 16—17000.
Station der Hannov.-Altenb. Eisenbahn u. des Eilzuges Berlin-Hildesheim-Cöln-Paris. Stahl-, **Moor- u. Soolbäder** modernster Einrichtung. **Luft- u. Terrain-Kurort** in herrl., waldr. Umgebung. **Neues Kurhaus.** Lawn-Tennis-Plätze. Theater, Bälle, Rennen. Gelegenh. zur Jagd u. Fischerei. — Prospecte durch **Fürstl. Brunnen-Direction.**
(75) 5—4.

Bahnstation: Muszyna—Krynica:	Post: Loco 3 mal des Tages.
von Krakau 8 Stunden	Telegraphenstation,
» Lemberg 12 »	Apotheke.
von Buda-Pest 12 »	

KRYNICA

k. k. Cur-Anstalt in Galizien,

in den Karpathen 590 Meter Seehöhe. Von der Bahnstation eine Stunde sehr gut erhaltenen Fahrweges entfernt. Am Bahnhofe bequeme Wagen. Curmittel. Reichhaltigster Kalk-, Magnesia-, Soda-, Eisensäuerling an freier Kohlensäure sehr reichhaltige nach dem Schwarz'schen System erwärmte Mineralbäder. Ueberaus heilsame Moorbäder. Gasbäder aus reiner Kohlensäure. K. k. hydropatische Anstalt, unter der Leitung des Dr. Ebers. Flussbäder. Stärkendes subalpines Klima. In- und ausländische Mineralwässer. Kefir. Molken. Sterilisirte Milch. Heilgymnastik. Apotheke. Anstaltsarzt **Dr. L. Kopff** aus Krakau ordinirt bleibend während der ganzen Badesaison. Ueberdies ordiniren in Krynica noch 12 freipracticirende Aerzte.

Ausgedehnte Spaziergänge. Nadelholzpark gegen 100 Joch Flächenraum. 1500 Zimmer mit vollkommener Einrichtung. Röm. und gr.-kath. Kirchen. Restaurants-Pensionate. Lesehalle. Curhaus. Ständiges Musik-Orchester. Ständiges Theater. Frequenz im Jahre 1900 5880 Personen (106) 3—2.

BAD KISSINGEN

(Ballingstrasse).

Dr. Eugen von Koziczkowsky's Privatklinik
für Magen-, Darm- und Stoffwechselkranke. Prospecte gratis.
Dr. Eugen von Koziczkowsky,
pract. Arzt, Specialarzt für Magen-, Darm und Stoffwechsel-Kranke.
(56) 9—6.

SALZUNGEN (Thüringen)

Soolbad und Inhalatorium.

Kurzeit: 1. Mai bis Ende September.
Prospecte und Auskünfte kostenfrei durch
(63) 10—7. **die Badedirection.**



Rakoczy
Pandur
Max-brunnen
Bitter-wasser

Eisenhaltige Kochsalzquellen. Unübertrefflich in Heilkraft b. Stoffwechselkrankheit. u. Circulationsstörung. Ueberall zu haben. Broschüren und Analysen gratis und franko durch die Verwaltung der **kgl. Mineralbäder Kissingen und Booklet Friedrich Hessing. Für Herren Aerzte** besondere Bezugsbedingungen. Proben kostenfrei.
(85) 22—5.

Mineral-Wasser der **STAATLICHEN QUELLEN**
VICHY CÉLESTINS
GRANDE-GRILLE, HOPITAL
MAN BEZEICHNE STETS DEN NAMEN DER QUELLE.

Dr. von Sohlern's Heilanstalt
in Bad Kissingen,
für Magen-, Darm- und Stoffwechselkranke. Entfettung und Mastkuren. Grösstes und ältestes klinisch geleitetes Institut am Platze.
Geöffnet vom 1. April bis 15. October.
Prospecte gratis.
(68) 16—9. **Dr. Freiherr von Sohlern.**

Kissingen Dr. C. Dapper's * Sanatorium *
„Neues Kurhaus" für Magen- und Darmkrankheiten, Fettsucht (Entfettungskuren unter Stoffwechselcontrolle), Diabetes, Gicht, Herz- und Nierenkrankheiten, Neurasthenie (Mastkuren). Einrichtung für Elektro- u. Hydrotherapie in allen Formen. April — December. Prospecte. **Dr. C. Dapper.**
(57) 17—8.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau L. A. Bogoslawskaja, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.
Ольга Свѣтлова, Сергіевск., д. 17, кв. 19
Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.



Довв. ценз. Спб., 6 Іюля 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von
Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 28 St. Petersburg, 14. (27). Juli. **1901**

Dieser № liegt «№ 6 u. 7 der Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften» bei.

Aus der chirurgischen Abtheilung des Hospitals Mariae Magdalenae in St. Petersburg.

Ueber Peritonitis pseudomyxomatosa [1]).

Von

F. Weber.

(Vortrag, gehalten den 10. April 1901 im Verein St. Petersburger Arzte.)

Als ich die verschiedensten neueren Handbücher der Chirurgie in Bezug auf diffuse Erkrankungen des Peritoneum, die von einer colossalen Ansammlung von Colloidmassen im Cavum peritonei gefolgt war, durchsah, war ich sehr verwundert, dass diese Erkrankung hier gar nicht erwähnt wurde.

Die meisten Arbeiten, die dieses Thema behandeln, sind von Gynäkologen geschrieben, da, wie wir es weiter sehen werden, die Haupt- wenn nicht die einzige Ursache dieses Leidens in einer Primärerkrankung der Ovarien liegt. Das Band aber, dass die operative Gynäkologie mit der Chirurgie verbindet, ist ein so enges, und ein Chirurg, der viele Bauchhöhlenoperationen macht, kommt so oft mit der gynäkologischen Sphäre in Berührung, dass meiner Ansicht nach das oben angedeutete Leiden den Chirurgen wie den Gynäkologen in gleicher Weise interessiren muss.

Da ich über 2 hierher gehörige Fälle verfüge, wo der Process in seiner vollsten Entwickelung stand, und einen, wo der Process erst im Entstehen war, hielt ich mich für berechtigt dieses interessante Leiden etwas näher zu besprechen.

Um die Aufmerksamkeit meiner geehrten Zuhörer nicht zu missbrauchen, werde ich aus der Literatur nur die Arbeiten hervorheben, die etwas zur Aufklärung der Pathogenese dieser Erkrankung beigetragen hatten.

Im Jahre 1870 beschrieb Pean [2]) 2 Fälle einer diffusen colloiden Erkrankung des Bauchfells, die von ihm Maladie gelatineuse du peritonée genannt wurde. Beide Frauen, die sehr heruntergekommen waren, hatten eine starke Anschwellung des Leibes. Bei der Laparotomie stellte es sich heraus, dass die Bauchhöhle mit einer grossen Menge colloider Substanz ausgefüllt war, die theilweise sehr fest sowohl dem parietalen als auch visceralen Peritoneum anhaftete und mit Mühe abgestreift werden konnte. Im kleinen Becken waren die Darmschlingen unter einander verbacken; die Uterusadnexe sollen normal gewesen sein. Obgleich keine mikroskopische Untersuchung ausgeführt wurde, war Pean geneigt, das Leiden für eine primäre krebsige Entartung des Bauchfells anzusehen.

Die Beschreibung der Fälle Pean's ist eine mangelhafte und höchst oberflächliche und es macht den Eindruck, dass er sich selbst nicht recht klar war, zu welcher Kategorie er diese Erkrankung des Peritoneum zählen sollte.

Zu derselben Zeit erschien in Deutschland die Arbeit von Beinlich [3]), der einen dem Falle Pean's vollständig analogen Fall beschrieb; hier war aber die Erkrankung des Peritoneum mit einer Entartung der Ovarien combinirt, das in eine mehrkammerige colloide Cyste verwandelt war. Beinlich, der die Cyste oberflächlich unsersucht hatte, hielt sie nicht für ein Colloidcystom epithelialen Charakters, sondern für ein Myxom, und war der Meinung, dass dasselbe durch Infection eine myxomatöse Entartung des ganzen Bauchfells hervorgerufen hatte. Die Präparate wurden Virchow gezeigt, der ausschliesslich auf Grund makroskopischer Untersuchung nicht abgeneigt war, die Richtigkeit der von Beinlich ausgesprochenen Ansicht zu bestätigen.

Im Jahre 1881 erschien die Arbeit von Werth [4]), die sehr viel zur Aufklärung der Aetiologie und Pathogenese dieses Leidens beigetragen hatte. Durch die mikroskopische Untersuchung von Stücken des frisch er-

[1]) Genaue Literaturangaben und Krankengeschichten sind nachzulesen: Ф. К. Веберъ. О ложнослизистыхъ перитонитахъ. Лѣтопись Хирургіи. 1901. III.

[2]) Pean: Traitement et Diagnostique des Tumeurs de l'abdomen. 1880.

[3]) Beinlich: Charité-Annalen I. 1874.

[4]) Werth: Archiv für Gynäkologie. Bd. 24.

Tabelle III.
100 Theile Plasma enthalten.

	Anämia gravis ex bothrioc. (Sawjalow).	Perniciöse Anämie. (Erben).	Hämophilie. (Sawjalow).	Melanosarcom. (Hoppe-Seyler).	Chylurie (Hoppe-Seyler).	Normal. (C. Schmidt).
Wasser . . .	92,59	93,36	91,06	91,45	92,25	90,88
Trockenrückstand .	7,41	6,64	8,94	8,55	7,75	9,12
Eiweissstoffe	5,94	5,22	7,63	6,77	5,78	8,26
Fett	0,24	0,18	0,54	0,35	0,36	
Lecithin. . .	0,08	0,05	0,19	0,23	0,27	
Cholesterin.	0.003	0,003	0,03	0,07	0,13	
Uebrige Extractivstoffe . . .	0,31	0,32	—	0,38	0,56	
Salze	0,76	0,87	0,67	0,75	0,75	0,86

Tabelle IV.
Zusammensetzung der Asche des Plasmas.

100 Theile Plasma enthalten.	Anämia gravis ex bothrioc. (Sawjalow).	Perniciöse Anaemie. (Erben).	Normal. (C. Schmidt).
SO_3	0,021	0,052	0,013
P_2O_5	0,019	0,027	0,047
Cl	0,355	0,377	0,357
K_2O	0,034	0,057	0,038
Na_2O	0,331	0,377	0,464
CaO	0,014	0,024	0,016
MgO	0,005	0,007	0,004
K_2SO_4	0,047	—	0,028
KCl	0,013	—	0,036
NaCl	0,575	—	0,555
Na_2HPO_4	–	—	0,027
Na_2CO_3	0,056	—	0,353
$Ca_3(PO_4)_2$	0,028	—	0,030
$Mg_3(PO_4)_2$	0,011	—	0,022
100 Th. Asche enthalten.			
SO_3	2,88	6,02	1,51
P_2O_5	2,60	3,10	5,43
Cl	48.63	38,90	41,70
K_2O	4,66	6,59	4,44
Na_2O	45,34	43,46	53,90
CaO	1,92	2,79	1,90
MgO	0,69	0,82	0,42

Die angeführten Tabellen beweisen, dass der flüssige Theil des Blutes in unserem Falle viel geringere Abweichungen von der Norm zeigt, als das Gesammtblut. So sind der Trockenrückstand und die Eiweissstoffe im Plasma, wenn überhaupt, so doch sehr wenig vermindert. Der Fettgehalt ist auch etwas weniger als normal; die übrigen Bestandtheile des Aetherauszuges (Lecithin und Cholesterin) sind in beträchtlich geringerer Menge vorhanden als in der Norm. Besonders bezieht sich das auf Cholesterin, von welchem nur ein Drittel der normalen Menge da ist; der Lecithingehalt ist $1^1/_2$ Mal geringer als normal. Die übrigen Extractivstoffe und Salze sind ungefähr in normaler Menge vorhanden. Ganz ähnliche Verhältnisse fand Erben in seinem Falle. (Vgl. Tab. III.)

Was die Aschenbestandtheile betrifft, so fällt erstens die ausgeprägte Verminderung von Phosphorsäure auf. Bei der Berechnung der Analysendaten überzeugt man sich, dass die ganze in der Asche vorhandene Phosphorsäure eben nur für die Bindung von Calcium und Magnesium ausreicht. Ebensolche Resultate bekam Erben. Auf die Phosphorsäure fallen bei Erben 0,30 Aequivalente, Summe der Aequivalente von Calcium und Magnesium beträgt 0,33; also bei Erben reicht die Phosphorsäure auch nicht zum Binden der gesammten Menge von Ca und Mg. In den Analysen von C. Schmidt (normales Blut) reichte die Phosphorsäure nicht nur zur Sättigung des Calciums und Magnesiums, sondern es blieb noch sehr viel davon übrig (was in der Tabelle IV durch die Ziffern für das phosphorsaure Natron ausgedrückt ist). Selbstverständlich will ich mit dem Ebengesagten kein Wort über die Vertheilung der Basen und Säuren in einer so zusammengesetzten Flüssigkeit, wie das Plasma es ist, sagen. Ich will nur auf die starke Verminderung der Phosphorsäure hinweisen. In meinem Falle war ihre absolute Menge 2,5 Mal, im Falle von Erben ungefähr 2 Mal geringer als in der Norm. Die relative Menge der Phosphorsäure (in pCt. der Gesammtasche ausgedrückt) ist auch merklich vermindert.

Die Schwefelsäure scheint etwas vermehrt zu sein.

Chlor ist in normaler Quantität vorhanden.

Natron fand ich (übereinstimmend mit Erben) vermindert. Alle übrigen Basen ungefähr in normaler Menge.

Die Zusammensetzung der Erythrocythen findet man bei der Methode von Hoppe-Seyler, wie bekannt, nur rechnerisch aus den analytischen Daten für das Gesammtblut und das Plasma. Aber Erben hat eine Abänderung der Methode vorgeschlagen, indem er den Blutkörperchenbrei, welcher sich aus dem mit Ammoniumoxalatlösung versetzten Blute absetzte, direkt der Analyse unterwarf. Diese Aenderung kann ihrer Idee nach gewiss nur Beifall finden, da sie, die Zusammensetzung der Erythrocythen auf direktem Wege zu eruiren und somit die Fehler zweimal zu verringern gestattet. Ausserdem bietet ein solches Verfahren auch die Möglichkeit der Controlle dar. Aber es bleibt dabei fraglich, ob die Ammoniaksalzlösung nicht eine Veränderung der Zusammensetzung der rothen Körperchen hervorrufen kann. Hoppe-Seyler hat gezeigt, dass Chlornatriumlösung von 3,3 pCt. die Eiweissstoffe aus den Blutkörperchen nicht auslaugt. Was aber die viel leichter diffundirenden Crystalloïde betrifft, so kann man gewiss nicht voraussagen, ob sie bei dieser Behandlung das Stroma der Körperchen verlassen, oder nicht. Wenn man aber erwägt, dass auch die von Hoppe-Seyler empfohlene Lösung nur für gewisse Sorten Blut und nur bei nicht zu langem Stehen den Eiweissvorrath der

Blutkörperchen intakt lässt, so soll man gegenüber der Abänderung von Erben sehr vorsichtig sein, umsomehr, als, wie unten gezeigt wird, die Zahlen, welche Erben mit der modificirten Methode gewonnen hat, in einigen Punkten mit den nach der classischen Methode von Hoppe-Seyler ausgerechneten durchaus nicht übereinstimmen. Daher habe ich aus den Daten von Erben die Zusammensetzung der Erythrocythen ausgerechnet und die dabei gefundenen Werthe in der Tabelle V denen von Erben beigefügt.

Tabelle V.
100 Theile Erythrocylten enthalten.

	Anämia gravis ex bothrioc. (Sawjalow).	Perniciöse Anämie (Erben).	Perniciöse Anämie (Erben, umgerechnet).	Melanosarcom. (Hoppe-Seyler).	Normal. Mann. (C. Schmidt).	Normal. Weib. (C. Schmidt).
Wasser. . .	72,71	79,12	77,68	—	68,16	68,79
Trockenrückstand.	27,29	20,88	22,32	—	31,84	31,21
Eiweissstoffe	24,65	18,38	18,38	40,41	—	—
Davon:						
Hämoglobin.	24,17	—	—	—	—	—
Uebrige Eiweisskörper.	0,48	—	—	—	—	—
Fett.	1,18	0,09	0,14	—	—	—
Cholesterin.	0,003	0,04	0,04	0,57	—	—
Lecithin . .	0,21	0,46	0,40	0,16	—	—
Uebrige Extractivstoffe. . . .	1,07	1,02	2,38	0,93	—	—
Salze	0,62	0,89	0,98	—	—	—

In meinem Falle sind die Erythrocythen wasserreicher, als in der Norm; der Trockenrückstand ist ungefähr um 14 pCt. geringer, als normal; die Verminderung bezieht sich hauptsächlich auf die Eiweissstoffe derselben. Unter den Extractivstoffen ist nur Cholesterin stark vermindert; Lecithin und die übrigen Extractivstoffe vermehrt.

Besonders wichtig und vielleicht pathognomonisch für die perniciöse Anämie ist das Vorhandensein von Fett in den Erythrocythen. Die normalen rothen Blutkörperchen enthalten bekanntlich überhaupt kein Fett. Im Falle von Erben findet man rechnerisch 0,14 pCt. Fett in den Erythrocythen. Obgleich dieser Werth schon über die Grenzen des Analysenfehlers hinauskommt, konnte man vielleicht zweifeln, ob bei einer nicht zu grossen Menge des in Arbeit genommenen Blutes (nicht über 33 grm.) und bei sehr geringem Gehalte der rothen Blutkörperchen im Blute der gefundene Werth für den Fettgehalt der rothen Körperchen blos auf den Fehlern der Analyse und der Rechnung bebegründet ist. Aber Erben hat, wie schon gesagt, den Blutkörperchenbrei auch direkt der Analyse unterworfen und dabei fand er auch einen Fettgehalt = 0,87 pCt. Bei der direkten Analyse von ungefähr 3 grm. Erythrocythen kann schon diese Zahl unmöglich von etwaigen Bestimmungsfehlern abhängen. Erben will auch selbst diesen Werth nicht den analytischen, Fehlern zuschreiben. Aber er betrachtet das gefundene Fett als von den Verunreinigungen mit Serum und Leucocythen stammend. Die Unzulässigkeit dieser Art Erklärung kann man sehr leicht beweisen, wenn man die einfache Rechnung zur Hilfe nimmt. Nach den Versuchen von Bunge[4]) beträgt die Zwischenflüssigkeit des Erythrocythenbreies ungefähr $^1/_7$ des Gesammtgewichtes des letzteren. Diese Zwischenflüssigkeit im Falle von Erben war ein 10 Mal verdünntes Blutserum. Wenn man also den Fettgehalt der rothen Körperchen auf Verunreinigungen mit Serum beziehen will, so bekommt man für den Fettwerth des letzteren die colossale Zahl von

$$0{,}087 \times 7 \times 10 = 6{,}09 \text{ pCt.}$$

oder, auf den umgerechneten Fettgehalt (dritte Colonne der Tabelle V) sich stützend,

$$0{,}14 \times 7 \times 10 = 7{,}80 \text{ pCt.}$$

So viel Fett würde das Plasma enthalten, wenn der von Erben gefundene Fettgehalt des Erythrocythenbreies von den Verunreinigungen abhinge. Die dem Serum beigemischten Leucocythen erklären die Sache auch nicht, weil die Beimischung von Leucocythen nur eine sehr geringe sein kann. Es bleibt also nichts übrig, als die Erythrocythen bei perniciöser Anämie als fetthaltig zu betrachten, umsomehr als man nach beiden Methoden (bei der direkten Analyse und bei dem rechnerischen Verfahren) nicht allzusehr von einander abweichende Resultate bekommt.

In meinem Falle war der Fettgehalt der Erythrocythen so gross, dass man ihn unmöglich durch die Analysenfehler erklären kann. Bekanntlich erhält man bei der Hoppe-Seyler'schen Methode der Fettbestimmung Zahlen, welche bis zu der dritten Decimale richtig sind[5]); in meinem Falle aber war die Differenz zwischen dem Fettgehalte in dem Serum und dem Gesammtblute schon in der ersten Decimale vorhanden.

Mit dem Fettgehalte der Erythrocythen stimmt auch der grosse Gehalt an anderen Extractivstoffen überein. Wenn man die Verfettung der Erythrocyten als eine reine Fettdegeneration betrachten kann, so ist es klar, dass bei der Umwandlung des Eiweisses in Fett die stickstoffhaltigen Extractivstoffe abgespaltet werden müssen; in dem Stroma der Erythrocythen sich anhäufend, vermehren diese Substanzen den Betrag an den «übrigen Extractivstoffen» (Tabelle V). Und in der That fand ich diese letzteren vermehrt. Eine viel grössere Vermehrung (bis zu 2,38 pCt.) dieser Körper bekommt man nach der Umrechnung der Zahlen von Erben.

Selbstverständlich ist die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, dass die Substanz, welche wir als «Fett» bezeichnen, nicht echtes Fett, sondern ein unbekannter Körper von ähnlichen Löslichkeitsverhältnissen ist. Aber da wir eine solche Substanz noch nicht kennen, bleibt uns nichts übrig als unsere analytischen Daten in die Rubrik «Fett» zu stellen. Ich weiss sehr wohl, dass meine Annahme einer Verfettung der Erythrocythen bei der perniciösen Anämie auf einem grob analytischen Befunde begründet ist; die Bestätigung oder Nichtbestätigung derselben gebührt gewiss den Morphologen, welche in der Ueberosmiumsäure bekanntlich ein hübsches microchemisches Reagens auf Fett haben.

Ich habe auch versucht das Fett in den Erythrocythen mikroskopisch nachzuweisen. Nach der Behandlung mit Osmiumsäure erschienen einige derselben ganz schwarz gefärbt. Aber diese geschwärzten Körperchen waren ziemlich spärlich, was vielleicht darin seine Ursache hat, dass ich das Blut für diese Probe kurz vor der Entlassung des Patienten nahm, als er schon fast

[4]) Physiologische Chemie, Cap. «Blut und Lymphe».
[5]) Vgl., z. B., meine Analyse in «Больничная Газета Боткина», 1901, № 22.

geheilt war. Darum muss ich von der definitiven Entscheidung der Frage Abstand nehmen. Wäre aber die Verfettung der Erythrocythen constatirt, so würden wir damit gewiss dem Verständniss der Krankheit etwas näher treten.

Die geschilderten Abweichungen in der Zusammensetzung der Erythrocythen treten klarer hervor, wenn man die einzelnen Bestandtheile derselben in Procenten der gesammten organischen Substanz ausdrückt:

Tabelle VI.
100 Theile Ornanischer Substanz enthalten.

	Anämia gravis ex bothrioc. (Sawjalow).	Perniciöse Anämie. (Erben, umgerechnet.	Melanosarcom. (Hoppe-Seyler).	Normal. (Jüdell).	
Eiweissstoffe	90,92	86,13	96,06	—	—
Davon:					
Hämoglobin.	89,11	—	—	86,79	94,4
Uebrige Eiweisstoffe.	1,81	—	—	—	—
Fett	4,35	0,66	—	—	—
Cholesterin.	0,01	0,18	1,35	0,25	0,25
Lecithin ..	0,77	1,87	0,38	0,75	0,35
Uebrige Extractivstoffe ...	3,95	11,15	2,21	—	—

Wie aus Tabelle III und V ersichtlich, hängt der grosse Wasserreichthum des Gesammtblutes bei der perniciösen Anämie weder von der Verdünnung des Plasmas, noch von der Wässrigkeit der Erythrocythen ab. Die letzteren enthalten freilich etwas mehr Wasser, als in der Norm, aber nicht so viel mehr, dass der grosse Wassergehalt des Blutes auf diese Weise erklärt werden könnte. Die Verminderung des Trockenrückstandes des Blutes hängt vielmehr davon ab, dass im Blute viel weniger Erythrocyten enthalten sind, als in der Norm. Da aber bekanntlich die Erythrocythen viel mehr Trockensubstanz, als Plasma, enthalten, so verursacht die Verminderung der rothen Körperchen im Blute eine Verarmung des letzteren an Trockenrückstand.

Tabelle VII.
Zusammensetzung des Blutes.

	Anämia gravis ex bothrioc. (Sawjalow). 100 Th. Blut bestehen aus		Perniciöse Anämie (Erben). 100 Theile Blut enthalten aus	
	Plasma.	Blutkörperchen.	Plasma.	Blutpörperchen.
	85,56	14,44	89,39	10,61
	Darin:	Darin:	Darin:	Darin:
Wasser ...	79,22	10,50	83,33	8,39
Trockenrückstand.	6,34	3,94	6,06	2,21
Eiweissstoffe	5,08	3,56	4,79	1.95
Davon:				
Hämoglobin	—	3,49	—	—
Andere Eiweissstoffe	5,08	0.07	4,79	—
Fett	0,21	0,17	0,16	0,01
Cholesterin.	0,0026	0,0004	0,003	0,005
Lecithin ..	0,07	0,03	0,04	0,05
Uebrige Extractivstoffe....	0,26	0.15	0,29	0,11
Salze	0,65	0,09	0,77	0,09

Zum Vergleich will ich die normale Zusammensetzung des Blutes anführen.

Tabelle VIII.
Normale Zusammensetzung des Blutes.

	Mann. (C. Schmidt). 100 Th. Blut bestehen aus		Weib. (C. Schmidt). 100 Th. Blut bestehen aus		Mann. (Arronet). 100 Th. Blut bestehen aus		Weib. (C. Schmidt). 100 Th. Blut bestehen aus	
	Plasma.	Erythrocythen.	Plasma.	Erythrocythen.	Plasma.	Erythrocythen.	Plasma.	Erythrocythen.
	48,70	51,30	60,38	39,62	51,22	47,88	65,04	39,96
	Darin:	Darin:	Darin:	Darin:	—	—	—	—
Wasser...	43,90	34,97	55,20	27,25	—	—	—	—
Trockenrückstand.	4,80	16,33	5,18	12,37	—	—	—	—

Herrn Prof. Dr. G. W. Chlopin, welcher mir die Räumlichkeiten des Hygienischen Institutes freundlichst zu Gebote stellte, spreche ich hiermit meinen innigsten Dank aus.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Brügelmann: Das Asthma, sein Wesen und seine Behandlung. 4. Aufl. Wiesbaden, 1901. Bergmann.

Ein erfahrener Arzt bietet uns die Summe der geschöpften Kenntnisse in ansprechender und eindrucksvoller Form. Es ist insbesondere für den Neurologen interessant zu erfahren, dass Br. eigentlich alle Asthmaformen (mit wenigen Ausnahmen) als Neurose des Respirationscentrums behandelt. Dementsprechend ist der Hauptfactor seiner Therapie die Suggestion, im Wachzustand und in der Hypnose. Als «éducation astmatique» bezeichnet der Verf. die Summe der therapeutischen, erzieherischen und abhärtenden Methoden. Die Bedeutung der arzneilichen Beeinflussung wird anerkannt, in erster Linie stehen Jodkali, Arsenik, als krampfstillend Morphium, Dionin und Chloral. Das Buch ist lesenswerth geschrieben und kann dem Interesse der Fachcollegen empfohlen werden.

Voss.

Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens, herausgegeben von L. Löwenfeld und H. Kurella. Wiesbaden 1901. Bergmann.

Nr. VI und VII: «Ueber Wahnideen im Völkerleben von M. Friedmann.

Die vorliegende Schrift ist in hohem Grade interessant und geistreich geschrieben; sie ist geeignet, Verständniss zu erwecken für alle jene Regungen und Bewegungen, die oft von Einzelbewegungen ausgehend, erst Hunderte, Tausende und schliesslich ganze Völker ergreifen. Auf allen Gebieten lässt sich dieser Vorgang verfolgen, angefangen vom religiösen, politischen, socialen, bis zum rein materiellen des Gelderwerbs. Als Erforderniss bezeichnet F. in durchaus richtiger Weise die Suggestibilität, die eine Eigenschaft der ungebildeten Masse ist. Je uncivilisirter das Volk, um so ungestümer die Entfaltung des Massenwahns. Dass Verfasser Hysterie, Suggestibilität und Hypnose fast promiscue gebraucht und dazu neigt in der Hypnose «künstlich erzeugte Hysterie» zu sehen, ist doch jedenfalls zu weit gegangen. So gut wie die gefährlichen Seiten der Suggestibilität hätte der Autor auch ihre hochbedeutenden Eigenschaften erwähnen können, man denke nur an Erziehung, Belehrung, Bildung, die zum grossen Theil eben auf der Wirkung des Beispiels und der Verbalsuggestion beruhen. Die sachlich gehandhabte Hypnose ist kein «zweischneidiges Schwert», sondern eine schätzbare Waffe im Kampfe gegen manche Erscheinungen der Erkrankungen des Willens und der Vorstellung.

Viel Anregung und Belehrung wird jeder Leser aus dem Friedmann'schen Buch ziehen können, auch wenn er in Einzelnem die Anschauungen des Autors nicht völlig zu theilen vermag.

Voss.

Aus der gleichen Sammlung: Nr. VIII. «Ueber den Traum» von S. Freud.

Der Verfasser giebt in seiner Schrift eine den herrschenden Anschauungen nicht entsprechende neue Auffassung vom Wesen des Traumes. Während Wundt, Weygandt u. A. als häufigste Ursache des Auftretens von Traumgebilden sensorische Reize bezeichnen, bildet diese Entstehung nach Freud scheinbar die Ausnahme. Der Traum ist nach ihm ein Fortdenken, oft eine Erfüllung gehegter Wünsche, seine Dunkelheit und Schwerverständlichkeit wird nur bedingt durch die unbewusst wirkende Thätigkeit der Kritik. Zur Erforschung der Träume räth Freud dem im Schlaf Erlebten sorgfältig nachzugehen; bei einiger Anstrengung wird es gewiss gelingen auch den verworrensten Knäuel zu entwirren und ein Verständniss für den Traum zu gewinnen.

Die vorliegende Schrift reiht sich ihren Vorgängern aus derselben Sammlung würdig an und verdient weiteren Kreisen empfohlen zu werden.

Voss.

Handbuch der physikalischen Therapie, herausgegeben von Prof. A. Goldscheider und Docent P. Jacob. Theil 1, Band 1. Leipzig. Verlag von Georg Thieme. 1891. Mit 69 Abbild. Preis 15 Mk.

Gewissermassen als Ergänzung des vor 2 Jahren in dem gleichen Verlage erschienenen v. Leyden-Goldscheider'schen Handbuches der Ernährungstherapie und Diätetik ist soeben der erste Band eines neuen Handbuches erschienen, welches in seiner originellen, dem derzeitigen Stande der Dinge entsprechenden Anlage eines Erfolges sicher sein kann. «Die Kenntniss der physikalischen Therapie darf nicht mehr der specialistischen Ausbildung vorbehalten und überlassen bleiben, sondern sie muss der allgemeinen medicinischen Ausbildung einverleibt werden. Jeder Praktiker soll von den Methoden der physikalischen Behandlung, ihren Anzeigen und ihrem Wirkungsbereich so viel wissen, um die für den Einzelfall in Betracht kommenden physikalischen Mittel anrathen und eventuell auch ausführen zu können.» So heisst es im Vorwort. — Das Handbuch will alle Methoden physikalischer Behandlung zu einem harmonischen Ganzen zusammenfassen und als einen in sich geschlossenen Bestandtheil der ärztlichen Therapeutik zur Darstellung bringen. Aus der grossen Zahl der Mitarbeiter an diesem bedeutsamen Werk erwähnen wir vorläufig: Prof. Rubner (Klimatologisches), Prof. Nothnagel (klimatologische Erfahrungen), Prof. Eichhorst (Erfahrungen über Hohenlufttherapie), Hofrath G. v. Liebig (Pneumatotherapie), Prof. Lazarus (Inhalationstherapie), Prof. Liebermeister (Bäderwirkungen), Dr. Glax (Allgem. Balneologie), Dr. Hiller (Seeklima und -Sanatorien), Sir H. Weber (Seebäder und -reisen), Prof. Winternitz (Hydrotherapeutisches), Doc. Strasser (Technik der Hydrotherapie), Prof. Goldscheider (Thermotherapie), Dr. Friedländer (Technik derselben), Prof. Löwy und Doc. Dubois Reymond (Physiologisches), Prof. Pagel (Historisches). Den vereinten Kräften dieser hervorragenden Mitarbeiter ist es gelungen bereits in diesem ersten Theilbande einen sicheren und mächtigen Grundstein für ein Werk zu legen, welches bei seiner Vollendung zweifellos zu den fundamentalsten der Neuzeit gehören wird. — Die Ausstattung des Buches kann nicht besser gedacht werden.

Kallmeyer.

Kurzes Lehrbuch der Gynäcologie, bearbeitet von Bumm, Doederlein, Gebhard, v. Rosthorn und herausgegeben von O. Küstner. Jena, 1901. Verlag v. Fischer.

Das neue Lehrbuch der Gynäcologie ist unter Mitwirkung namhafter Autoren von Küstner, auf den der Löwenantheil fällt, herausgegeben. Es ist, wie die Verf. selbst angeben, in erster Linie für Studenten geschrieben und besonderes Gewicht auf die Darstellung einer wissenschaftlichen exacten Auffassung der Gynäcologie gelegt worden. Dabei soll das Lehrbuch nicht nur ein Gerippe sein, sondern doch in einem Umfang (465 Seiten) angelegt sein, dass es erlaubt Diagnose und Therapie genügend zu berücksichtigen. Das Lehrbuch entspricht natürlich auf allen Gebieten den modernsten Anschauungen: man mag jedes beliebige Capitel aufschlagen — überall ist den neuesten Operationsmethoden und Vorschlägen Rechnung getragen. Zum Schluss findet sich ein Abschnitt: gynäcologisch-diagnostische und therapeutische Methodik. In dem letzten von Sticher bearbeiteten Capitel finden sich kurze Anweisungen für microskopisch - bacteriologische Arbeiten.

Es sei nicht unerwähnt geblieben, dass dem Text vorzüglich gelungene Abbildungen, 260 an der Zahl, beigegeben sind.

Lingen.

Schmaus und Sacki: Pathologische Anatomie des Rückenmarks. Wiesbaden, 1901. Bergmann.

Ein vortreffliches Buch, das fürs erste einzig in seiner Art ist. Es verbindet kurze klinische Darstellung der Krankheitsbilder mit sorgfältiger, ja erschöpfender Beschreibung ihre anatomischen Grundlagen. Dabei ist die vorurtheilsfreie, objective Betrachtung und Deutung des Verhältnisses von klinischem Bilde einerseits und anatomischem Befunde andererseits für den Leser ein seltener Genuss! Leider benutzen auch hervorragende Forscher selbst Lehr- und Handbücher nur als Sprachrohr und Reclametrompete ihrer eigenen Ansichten. Im Schmaus'schen Buche finden wir eine unbefangene Discussion und eingehende Kritik der geltenden Meinungen, die zu klarem Verständniss ihres Werthes oder Unwerthes führt. Ebenso unentbehrlich wie dem pathologisch-anatomischen Forscher wird das neue Buch auch jedem Neurologen werden, der denkend und strebend das oft dunkle Labyrinth der Rückenmarkserkrankungen zu entwirren bemüht ist.

Voss.

v. Leyden: Die Tabes dorsualis. (Erweiterte Sonderausgabe aus der Realencyclopädie etc. 3. Aufl.). Wien und Berlin, 1901. Urban und Schwarzenberg.

Das v. L'sche Buch ist aus den früheren Auflagen her bekannt; wir verzichten an diesem Orte auf eine genauere Besprechung und verweisen auf eine Charakteristik desselben die an anderer Stelle dieser Wochenschrift gegeben wird.

Voss.

Ziegler: Lehrbuch der allgemeinen und speciellen pathologischen Anatomie. Band I. Allgemeine Pathologie. Jena. Verlag von G. Fischer. 1901.

Die zehnte Auflage ist dem Altmeister auf dem Gebiet der pathologischen Anatomie, R. Virchow, zu dessen bevorstehendem 80jährigen Geburtstag gewidmet.

Bei der Redaction der neuen Auflage hat Verf. sämmtliche Capitel der sorgfältigsten Durcharbeitung unterzogen, ergänzt und erweitert in dem Maasse, dass man im Vergleich mit einer früheren Ausgabe das Lehrbuch kaum wieder erkennt, — es ist auch ums Doppelte in seinem Volumen gewachsen und die Zahl der Abbildungen ist ums fünffache vermehrt. Die Abschnitte, speciell die ersten, die über die Krankheitsursachen, die Weiterverbreitung krankhafter Processe und die Schutzkräfte des menschlichen Organismus handeln, haben eine vollständige Umarbeitung gewonnen. Begreiflicherweise ist der Abschnitt, welcher über die Spaltpilze, Kokken, Bacillen etc. handelt, gleichfalls nach den modernsten Anschauungen umgestaltet.

Das Werk von Ziegler erfreut sich einer so weit verbreiteten Popularität, dass dasselbe einer Empfehlung nicht bedarf, sondern nur des Hinweises auf die eben erschienene neue Auflage.

Lingen.

Winkler: Pharmakotherapie. Berlin und Wien, 1901. Bei Urban und Schwarzenberg.

Verf. hat in dieser Arbeit eine «Uebersicht der gegenwärtigen Arzneibehandlung» geben wollen. Diesen Zweck darf man als erreicht betrachten. Durch alphabetische Anordnung des Stoffes und ein sorgfältig zusammengestelltes Verzeichniss der citirten Droguen und Mittel ist das Buch für den practischen Arzt handlich und bequem gemacht worden.

Voss.

Biedert: Die diätetische Behandlung der Verdauungsstörungen der Kinder. Verlag von F. Enke. Stuttgart, 1901.

Das Büchlein handelt vorwiegend von verschiedenen Ernährungsmethoden, die mannigfaltigen Zusätze und die Resorbirbarkeit derselben — ein Gebiet auf dem Verf. viel gearbeitet und sich einen Namen gemacht hat. — Nachdem der Leser über die verschiedenen Ernährungsmethoden Verf.'s, Gärtner's, Kufeke's einen Einblick gewonnen, wird auf die von B. empfohlenen Methoden eingegangen. Das durchgehende Princip Verf.'s war, auf Medicamente immer mehr zu verzichten, aber die Kinder auf das Mindestmaass von Nahrung und einzelnen Nahrungsstoffen zu beschränken, was noch vertragen wird. Es werden recht zahlreiche Beobachtungen der verschiedenartigsten Darmaffectionen vorgeführt und an der Hand des Falles lernt man die dem Fall angemessene Behandlung kennen. Bald wird das Rahmgemenge ordinirt, bald Mehlnahrung von Theinhardt, dann Pancreaspulver oder die Keller'sche Malzsuppe.

Lingen.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 1. November 1900.

Vorsitzender: Kessler. Schriftführer: Boettcher.

Anwesend die Herren: Jaesche, Faure, Graubner, Hartge, Hoffmann, Koppel, Lackschewitz, Lezius, Otto, Schiemann, Swirski, Truhart, Terrepson, Ungern, Klau, Pfaff, Lantzky.

1. Verlesung der Protokolle der Sitzungen vom 4. und 18. October 1900.

2. Der Vorsitzende theilt der Gesellschaft mit, dass das Mitglied Herr Dr. Lantzky der Bibliothek ein werthvolles Geschenk in Form von 16 Lieferungen Kast'scher pathol.-anat. Tafeln gemacht hätte. Die Gesellschaft spricht Herrn Dr. Lantzky ihren Dank aus.

3. v. Ungern demonstrirt den August L., den er im vergangenen Jahre der Gesellschaft mit der Diagnose Polyneuritis vorgestellt hat. Der Krankheitsverlauf sowie der momentane Zustand des Patienten bestätigen v. Ungern's Diagnose. Der vor einem Jahre geschilderte Zustand des Pat. verschlimmerte sich noch Anfangs, doch liessen später die Schmerzen nach. Zuerst besserte sich der Zustand der oberen Extremitäten, darauf der der unteren, doch bildeten sich in den beiden Kniegelenken rechtwinkelige Contracturen, die von Dr. Schiemann durch ein Brisement forcée beseitigt wurden und im Mai d. J. lernte Pat. wieder gehen. Im Augenblick besteht in dieser Hinsicht nur geringe Behinderung. Pat. ist nun in functioneller Hinsicht als gesund zu betrachten. Dagegen ergiebt die elektrische Untersuchung noch einige Anomalien, so reagirt der N. peroneus beiderseits erst bei über 12 M. Amp.; desgleichen sind an den unteren Extremitäten die Muskeln erst bei sehr starken Strömen direct zu reizen — 16 M. Amp. Leichte Andeutungen einer partiellen E. A. R. sind noch vorhanden. Die vorgeschrittene funct. Restitution gegenüber der elektrischen wird von manchen Autoren so auch von Erb zum Theil dahin erklärt, dass die Markscheide die elektrische Leitung in erster Linie vermittelt und der Axencylinder, der Träger der Function, sich früher erneuert wie die Markscheide. Als Beweis wird unter Anderem angeführt, dass z. B. der N. facialis neugeborener Kinder in den ersten Wochen nach der Geburt eine grosse Unempfindlichkeit gegen electrische Ströme aufweist, was durch den Mangel der sich erst post partum bildenden Markscheide erklärt wird. Was den Fall Ungern's Ansicht nach interessant machte, war der Mangel an sensiblen Störungen und man könnte diesen Krankheitsfall im Sinne Goldscheider's als Neuronerkrankung auffassen, welche nach den unter anderen von Oppenheim und Stieglitz gemachten path.-anat. Untersuchungen, die bei Polyneuritis pathologische Veränderungen in den Vorderhörnern gefunden haben, keinen Unterschied gegenüber der Polyneuritis ant. ac. darzustellen braucht, sondern nur ein mehr oder weniger Befallensein des peripheren resp. centralen Theils desselben Nerven beweist.

4. Kessler demonstrirt ein Präparat eines Schleimhautpolypen des Uterus von sehr ungewöhnlicher Gestalt und Grösse. Diese Polypen sind gewöhnlich bis kirschkerngrosse Gebilde, die an einem langen, leicht abdrehbaren Stiel befestigt sind. Hier bildete der Polyp einen vollständigen Ausguss des Cavum uteri und war sehr weich. An der Rückseite imponirt eine rauhe Stelle, die dem Stil entspricht. Kessler fasste den Polyp mit der Kornzange und drehte ihn mit gewisser Mühe ab — darauf Curettement und Jodpinselung. Verlauf völlig reactionslos. Das Curettement war von völlig negativem Erfolg, da die Schleimhaut wohl in Folge des Drucks vollständig atrophirt sein muss.

5. Truhart hält seinen angekündigten Vortrag: «Historischer Rückblick über die Pankreastherapie». (Erscheint im Druck.)

Sitzung vom 15. November 1900.

Vorsitzender: Kessler. Schriftführer: Boettcher.

Anwesend die Herren: Körber, Jaesche, Dehio, Faure, Graubner, Hartge, Hoffmann, Kieseritzky, Koppel, Lackschewitz, Lezius, Otto, Paldrock, Schimann, Ströhmberg, Zoege, Pfaff, Lantzky, Terrepson, Ungern, Klau und Meyer.

1. Verlesung des Protokolls der Sitzung vom 1. November 1900.

2. Dehio hält seinen angekündeten Vortrag über «Mechanische Behandlung der Hautwassersucht». (Erscheint im Druck.)

Discussion.

Schiemann fragt, ob man die von Dehio demonstrirte Binde sterilisiren könne und wie das geschähe.

Dehio: Nach dem Gebrauch werde sie mit Wasser und Seife gründlich gewaschen und dann in eine Sublimatlösung gelegt, in der sie bis zum nächsten Gebrauch liegen bleibe.

Kessler: Es gebe Schwangerschafts- und Geburtsoedeme der grossen Labien von mitunter colossalem Umfang. In den Fällen könne die Binde nicht verwandt werden — so dass sie ihm für alle Fälle doch nicht genügend erscheine und man zu den alten nicht einwandsfreien Methoden zurückgreifen müsse.

3. Ströhmberg demonstrirt eine nach seinen Angaben von Magister Kieseritzky hergestellte Pipette, die mit 2 pCt. Arg. nitr.-Lösung gefüllt, bei Druck auf den Gummiüberzug das jeweilige Austreten nur eines Tropfens Lösung gestattet. Zweck dieser Pipette ist Prophylaxe der Gonorrhoe. Nach früheren Erfahrungen hat es sich herausgestellt, dass sofort post coitum vorgenommene Einträufelungen von 2 pCt. Arg.-Lösung oder 20 pCt. Protargol ein gutes Prophylakticum der gonorrhoischen Infection wären. Die dazu hergestellten Pipetten seien deutsches Reichspatent und relativ sehr theuer und nur eine beschränkte Anzahl Male zu gebrauchen. Die von Ströhmberg angegebene Pipette sei sehr billig (15 Kop.), erfülle denselben Zweck und könne stets von Neuem gefüllt werden.

Strömberg bittet die Collegen, im Publikum auf dieselbe aufmerksam zu machen.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 23. Juni d. J. 7865 (61 wen. als in d. Vorw.), darunter 373 Typhus — (3 wen.), 775 Syphilis — (39 wen.), 333 Scharlach — (16 wen.), 105 Diphtherie — (7 wen.), 57 Masern — (23 wen.) und 18 Pockenkranke — (3 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 17. bis zum 23. Juni 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
424	315	739	225	106	131	8	11	24	36	44	51	35	30	27	9	2

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 1, Typh. abd. 20, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 27, Scharlach 13, Diphtherie 18, Croup 3, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 14, Erysipelas 4, Grippe 6, Cholera asiatica 0, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 60, Tuberculose anderer Organe 19, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 45, Marasmus senilis 24, Krankheiten der Verdauungsorgane 236, Todtgeborene 36.

PYRMONT.

Saison Anfang Mai bis 10. October — Frequenz: 16—17000. Station der Hannov.-Altenb. Eisenbahn u. des Eilzuges Berlin-Hildesheim-Cöln-Paris. **Stahl-, Moor- u. Soolbäder** modernster Einrichtung. **Luft- u. Terrain-Kurort** in herrl., waldr. Umgebung. **Neues Kurhaus.** Lawn-Tennis-Plätze. Theater, Bälle, Rennen. Gelegenh. zur Jagd u. Fischerei. — Prospecte durch **Fürstl. Brunnen-Direction.**
(75) 5—4.

Bahnstation: Muszyna—Krynica: von Krakau 8 Stunden » Lemberg 12 » von Buda-Pest 12 »	Post: Loco 3 mal des Tages. Telegraphenstation, Apotheke.

KRYNICA

k. k. Cur-Anstalt in Galizien,

in den **Karpathen** 590 Meter Seehöhe. Von der Bahnstation eine Stunde sehr gut erhaltenen Fahrweges entfernt. Am Bahnhofe bequeme Wagen. Curmittel. Reichhaltigster Kalk-, Magnesia-, Soda-, Eisensäuerling an freier Kohlensäure sehr reichhaltige nach dem Schwarz'schen System erwärmte Mineralbäder. Ueberaus heilsame Moorbäder. Gasbäder aus reiner Kohlensäure. K. k. hydropatische Anstalt, unter der Leitung des Dr. Ebers. Flussbäder. Stärkendes subalpines Klima. In- und ausländische Mineralwässer. Kefir. Molken. Sterilisirte Milch. Heil-Gymnastik. Apotheke. Anstaltsarzt **Dr. L. Kopff** aus Krakau ordinirt bleibend während der ganzen Badesaison. Ueberdies ordiniren in Krynica noch 12 freipracticirende Aerzte.

Ausgedehnte Spaziergänge. Nadelholzpark gegen 100 Joch Flächenraum. 1500 Zimmer mit vollkommener Einrichtung. Röm. und gr.-kath. Kirchen. Restaurants-Pensionate. Lesehalle. Curhaus. Ständiges Musik-Orchester. Ständiges Theater. **Frequenz** im Jahre 1900 5880 Personen (106) 3—2.

BAD KISSINGEN

(Ballingstrasse).

Dr. Eugen von Koziczkowsky's Privatklinik

für Magen-, Darm- und Stoffwechselkranke. Prospecte gratis.

Dr. Eugen von Koziczkowsky,

pract. Arzt, Specialarzt für Magen-, Darm und Stoffwechsel-Kranke.
(56) 9—6.

SALZUNGEN (Thüringen)

Soolbad und Inhalatorium.

Kurzeit: **1. Mai bis Ende September.**
Prospecte und Auskünfte kostenfrei durch
(63) 10—7. **die Badedirection.**



**Rakoczy
Pandur
Max-brunnen
Bitter-wasser**

Eisenhaltige Kochsalzquellen. Unübertrefflich in Heilkraft b. Stoffwechselkrankheit. u. Circulationsstörung. Ueberall zu haben. Broschüren und Analysen gratis und franko durch die Verwaltung der **kgl. Mineralbäder Kissingen und Bocklet** Friedrich Hessing. **Für Herren Aerzte** besondere Bezugsbedingungen. Proben kostenfrei.
(85) 22—5.

Mineral-Wasser der **STAATLICHEN QUELLEN**

VICHY CÉLESTINS
GRANDE-GRILLE, HOPITAL

MAN BEZEICHNE STETS DEN NAMEN DER QUELLE.

Dr. von Sohlern's Heilanstalt

in Bad Kissingen,

für Magen-, Darm- und Stoffwechselkranke. Entfettung und Mastkuren. Grösstes und ältestes klinisch geleitetes Institut am Platze.
Geöffnet vom 1. April bis 15. October.
Prospecte gratis.
Dr. Freiherr von Sohlern.
(68) 16—9.

Kissingen Dr. C. Dapper's

* Sanatorium *

„Neues Kurhaus" für Magen- und Darmkrankheiten, Fettsucht (Entfettungskuren unter Stoffwechselcontrolle), Diabetes, Gicht, Herz- und Nierenkrankheiten, Neurasthenie (Mastkuren). Einrichtung für Elektro- u. Hydrotherapie in allen Formen. April — December. Prospecte.
Dr. C. Dapper.
(57) 17—8.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau **L. A. Bogoslawskaja**, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.
Ольга Свѣтлова, Сергiевск., д. 17, кв. 19
Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Dionin

Ersatz für Codein und Morphin, besonders bei Erkrankungen der Respirationsorgane.

Largin

höchstprocentige Silbereiweiss-Verbindung, ausgezeichnet für die Gonorrhoe-, Wund- und Augentherapie.

Jodipin

bewährter Ersatz für Jodkalium. Specificum bei tertiärer Lues; bewährt bei Asthma, Emphysem u. Skrofulose.

Stypticin

bewährtes Hämostaticum vorzügl. Mittel in der gynaekolog. und zahnärztlichen Praxis.

Tannoform

ausgezeichnetes Adstringens- und Antidiarrhoicum.

Bromipin

neues Sedativum, insbesondere gegen nervöse Zustände und Epilepsie zu empfehlen.

Diphtherieheilserum

staatlich geprüft, 500-fach und 1000-fach normal.

Die reichhaltige Literatur gratis und franko.



chemische Fabrik — Darmstadt.

Vasogen-Pearson.

Die echten VASOGEN-PRAEPARATE

Jod 6 und 10%

Jodoform 3%

Kreosot 20%

Salicyl 10% etc. etc.

sind jetzt in den keine Indicationen irgend welcher Art enthaltenden **Originalpackungen von 30 und 100 Gramm** durch die Apotheken erhältlich. — Damit bei Bestellungen nicht d. im Handel befindlichen **Imitationen** zweifelhaften Werthes unterschoben werden, ist es empfehlenswerth, stets

Originalpackung Pearson

zu verschreiben. Wenn solche irgendwo nicht erhältlich sein sollten, wende man sich an

Magister **R. Wachs,**
Kamennoostrowski Prosp. 19,
St. Petersburg.

Vasogenfabrik Pearson & Co. G. m. b. H., Hamburg.

(44) 20—19.

„ICHTHYOL“ und „Ichthyol“-Verbindungen.

„Ichthyol“-Ammonium oder **Ammonium „sulfo-ichthyolicum“** wird von uns geliefert in Originalblechen zu 5 Ko., 1 Ko., 1/2 Ko., 1/4 Ko., 1/10 Ko, und in Originalflaschen zu 60 grm., 45 grm. und 30 grm.

„Ichthoform“ oder **Thiohydrocarbürum sulfonicum-formaldehydatum („Ichthyol“-Formaldehyd)**, vorzügliches Darm-Antiseptikum, von uns geliefert in Originalabpackungen zu 25 grm. und 50 grm.

„Ichthargan“ oder **Argentum thiohydrocarbüro-sulfonicum solubile („Ichthyol“-Silber)**, löslich in kaltem sowie warmem Wasser, 30 % Silber enthaltend, hervorragendstes Antigonorrhoikum, von uns geliefert in Originalfläschchen zu 10 grm.

„Ichthyol“-Calcium insolubile in Tabletten à 0,1 grm., geruch- und geschmacklos, kurzweg **„Ichthyol“-Tabletten** genannt, neue Form für interne Ichthyol-Darreichung, in Originalschachteln zu 50 Tabletten.

„Ferrichthol“ oder **„Ichthyol“-Eiseninsolubile**, enth. 3 1/2 % organ. gebund. Eisen, in Tabletten à 0,1 gr., geruch- und geschmacklos, indicirt bei Chlorose uud Anaemie, in Originalschachteln zu 50 Tabletten.

„Metasol“ oder **Meta-Kresol-Anytol solubile**. enth. 40% Meta-Kresol, Desinfectionsmittel in der Chirurgie, in Originalabpackungen zu 50 grm

„Eucasol“ oder **Eucalyptol-Anytol solubile**, enth. 40% Eucalyptol, für zahnärztliche Verwendung, bei Stomatitis etc., in Originalabpackungen zu 50 grm.

Jod-„Anytol“ solubile, enth. 10% Jod, Ersatzmittel des Jodoforms, in Originalabpackungen zu 50 grm. von uns geliefert.

Wissenschaftliche Abhandlungen über vorstehende Präparate, welche ausschliesslich von uns allein hergestellt werden und deren Zeichen uns gesetzlich geschützt sind, versenden gratis und franko.

Ichthyol-Gesellschaft Cordes, Hermanni & Co.
HAMBURG.

Organisches Eisen-Mangan-Albuminat Hertel (HAEMATOGEN).

Ein eisenreiches Blutpräparat, welches das Eisen in organischer Verbindung enthält, bestes Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene, erregt leicht den Appetit und befördert die Verdauung. Haematogen Hertel ist verkäuflich in der Apotheke in flüssiger und trockener Form, jedoch ist das flüssige Präparat, weil leichter vom Organismus aufgenommen, dem trockenen vorzuziehen.

Vor Nachahmung wird gewarnt.

(41) 3—3.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt **über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die** private Krankenpflege **(gegen Zahlung** von 50 Cop.).

Dieser № liegt eine Prospect über »**Citrophen**« bei.

Дозв. ценз. Спб., 6 Іюля 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. KatharinenhoferPr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

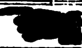
Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 28 St. Petersburg, 14. (27). Juli. 1901

Dieser № liegt «№ 6 u. 7 der Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften» bei. 

Aus der chirurgischen Abtheilung des Hospitals Mariae Magdalenae in St. Petersburg.

Ueber Peritonitis pseudomyxomatosa[1]).

Von

F. Weber.

(Vortrag, gehalten den 10. April 1901 im Verein St. Petersburger Arzte.)

Als ich die verschiedensten neueren Handbücher der Chirurgie in Bezug auf diffuse Erkrankungen des Peritoneum, die von einer colossalen Ansammlung von Colloidmassen im Cavum peritonei gefolgt war, durchsah, war ich sehr verwundert, dass diese Erkrankung hier gar nicht erwähnt wurde.

Die meisten Arbeiten, die dieses Thema behandeln, sind von Gynäkologen geschrieben, da, wie wir es weiter sehen werden, die Haupt- wenn nicht die einzige Ursache dieses Leidens in einer Primärerkrankung der Ovarien liegt. Das Band aber, dass die operative Gynäkologie mit der Chirurgie verbindet, ist ein so enges, und ein Chirurg, der viele Bauchhöhlenoperationen macht, kommt so oft mit der gynäkologischen Sphäre in Berührung, dass meiner Ansicht nach das oben angedeutete Leiden den Chirurgen wie den Gynäkologen in gleicher Weise interessiren muss.

Da ich über 2 hierher gehörige Fälle verfüge, wo der Process in seiner vollsten Entwickelung stand, und einen, wo der Process erst im Entstehen war, hielt ich mich für berechtigt dieses interessante Leiden etwas näher zu besprechen.

Um die Aufmerksamkeit meiner geehrten Zuhörer nicht zu missbrauchen, werde ich aus der Literatur nur die Arbeiten hervorheben, die etwas zur Aufklärung der Pathogenese dieser Erkrankung beigetragen hatten.

Im Jahre 1870 beschrieb Pean[2]) 2 Fälle einer diffusen colloiden Erkrankung des Bauchfells, die von ihm Maladie gelatineuse du peritonée genannt wurde. Beide Frauen, die sehr heruntergekommen waren, hatten eine starke Anschwellung des Leibes. Bei der Laparotomie stellte es sich heraus, dass die Bauchhöhle mit einer grossen Menge colloider Substanz ausgefüllt war, die theilweise sehr fest sowohl dem parietalen als auch visceralen Peritoneum anhaftete und mit Mühe abgestreift werden konnte. Im kleinen Becken waren die Darmschlingen unter einander verbacken; die Uterusadnexe sollen normal gewesen sein. Obgleich keine mikroskopische Untersuchung ausgeführt wurde, war Pean geneigt, das Leiden für eine primäre krebsige Entartung des Bauchfells anzusehen.

Die Beschreibung der Fälle Pean's ist eine mangelhafte und höchst oberflächliche und es macht den Eindruck, dass er sich selbst nicht recht klar war, zu welcher Kategorie er diese Erkrankung des Peritoneum zählen sollte.

Zu derselben Zeit erschien in Deutschland die Arbeit von Beinlich[3]), der einen dem Falle Pean's vollständig analogen Fall beschrieb; hier war aber die Erkrankung des Peritoneum mit einer Entartung der Ovarien combinirt, das in eine mehrkammerige colloide Cyste verwandelt war. Beinlich, der die Cyste oberflächlich unsersucht hatte, hielt sie nicht für ein Colloidcystom epithelialen Charakters, sondern für ein Myxom, und war der Meinung, dass dasselbe durch Infection eine myxomatöse Entartung des ganzen Bauchfells hervorgerufen hatte. Die Präparate wurden Virchow gezeigt, der ausschliesslich auf Grund makroskopischer Untersuchung nicht abgeneigt war, die Richtigkeit der von Beinlich ausgesprochenen Ansicht zu bestätigen.

Im Jahre 1881 erschien die Arbeit von Werth[4]), die sehr viel zur Aufklärung der Aetiologie und Pathogenese dieses Leidens beigetragen hatte. Durch die mikroskopische Untersuchung von Stücken des frisch er-

[1]) Genaue Literaturangaben und Krankengeschichten sind nachzulesen: Ф. К. Веберъ. О ложнослизистыхъ перитонитахъ. Лѣтопись Хирургіи. 1901. III.

[2]) Pean: Traitement et Diagnostique des Tumeurs de l'abdomen. 1880.

[3]) Beinlich: Charité-Annalen I. 1874.

[4]) Werth: Archiv für Gynäkologie. Bd. 24.

krankten Peritoneums fand er, dass hier gar keine myxomatöse Degeneration vorliegt, sondern dass das Peritoneum Erscheinungen einer chronischen productiven Peritonitis darbietet, die durch die Colloidmassen, die aus den geplatzten Cysten in die freie Bauchhöhle sich ergossen hatten, hervorgerufen wurde. Von der Oberfläche des Peritoneums, das theilweise seines Epithels beraubt ist, heben sich Bindegewebssprossen empor, die feine Blutgefässe enthalten, welche sich in den dem Peritoneum aufliegenden Colloidmassen verästeln, und allmählich zur Incapsulirung und Organisation derselben führen. Dadurch erklärt es sich, dass das Colloid so fest dem Peritoneum anhaftet und dass das letztere mit vielen kleinen Cystchen bedeckt ist, die durch Colloidsubstanz ausgefüllt sind. Werth verglich es sehr zutreffend mit dem Process der Organisation eines Gefässthrombus. Er nannte dieses Leiden Pseudomyxoma peritonei, wodurch er auf den Zusammenhang der Erkrankung des Peritoneum mit den Colloidcysten des Ovarium hinweisen wollte, die jetzt in der Gynäkologie allgemein Cystomata pseudomucosa genannt werden.

Die Arbeiten einer ganzen Reihe von Autoren haben die Ansicht von Werth bestätigt, so dass dieselbe als allgemein anerkannt angesehen werden kann. Trotzdem sind noch einige wenige Autoren, die der alten Ansicht von der myxomatösen Entartung des Peritoneum huldigen. Zu Gunsten ihrer Ansicht führen sie an, dass erstens die Colloidcysten oft gar keine Ruptur aufweisen; zweitens, dass zuweilen die Ovarialcyste sehr klein ist, während die Bauchhöhle durch eine grosse Menge von Colloidmassen ausgefüllt wird, und drittens, dass das mikroskopische Bild oft ein typisches Myxom darbietet.

Was das erste Argument betrifft, so wissen wir, dass in allen Fällen, wo die Colloidcyste keine Ruptur aufweist, dieselbe mit den Nachbarorganen verwachsen ist, so dass die Möglichkeit nicht ausgeschlossen ist, dass die Rupturstelle sich allmählich durch Adhäsionen geschlossen hat. Gegen das zweite Argument kann man anführen, dass, nachdem das Colloid die geplatzte Cyste verlassen hat, das Epithel, welches die Cyste auskleidet, seine Secretionsthätigkeit fortsetzt, und dass dieselbe sogar zunehmen kann, da der Druck in der Cyste durch den freien Austritt des Colloids in die Bauchhöhle vermindert wird. Wenn dieser Process lange dauert, so kann auch bei einer kleinen Ovarialcyste die Menge der in der Bauchhöhle sich ansammelnden Colloidmasse eine sehr grosse werden.

Das mikroskopische Bild eines weit vorgeschrittenen Processes kann wegen grösserer Aehnlichkeit mit dem Myxom sehr leicht zu einer irrthümlichen Deutung Veranlassung geben; die Untersuchung eines frischen Processes wird uns immer zeigen, dass wir es nur mit einer reactiven Peritonitis zu thun haben.

Ausserdem ist es ganz unbegreiflich, wie das Colloid, das Secretionsprodukt der Epithelzellen, die die Cyste auskleiden, nachdem es in die freie Bauchhöhle gelangt ist, hier durch Infection eine myxomatöse Entartung hervorrufen kann. Das Myxom ist ja eine Geschwulst bindegewebigen Charakters, in welcher das Mucin einen Bestandtheil des Gewebes bildet und nicht nur ein Secretionsproduct der Zellen ist. Ausserdem unterscheidet sich das Mucin durch seine chemischen Reactionen merklich vom Colloid.

Obgleich die Ansicht von Werth über den Zusammenhang der Colloidcysten des Ovarium mit dem Pseudomyxoma peritonei fast allgemein anerkannt ist, muss ich hier doch darauf hinweisen, dass dieser Process nicht immer so einfach sich darbietet, wie es Werth beschrieben hat.

Eine ganze Reihe von Autoren, wie Ohlshausen[5]), Runge[6]), Pfannenstiel[7]), die bei secundären Cysten, welche sich auf dem Peritoneum entwickeln, mikroskopisch untersuchten, fanden, dass die Innenfläche einiger dieser Cysten mit regelmässig angeordneten Epithelzellen ausgekleidet war; sie hielten diese secundären Cysten für Metastasen, ohne genauer die Frage von der Entstehung derselben zu untersuchen. Durch die Arbeiten der letzten Jahre wissen wir, dass diese secundären Tumoren keine Metastasen, sondern Implantationen sind, das heisst benigne Impfmetastasen, die einen rein localen Charakter behalten. Es stellt sich heraus, dass bei einer Ruptur der Colloidcyste mit den Colloidmassen in die Bauchhöhle auch eine Menge von abgelösten Epithelzellen gelangen. Das Colloid ruft eine reactive Peritonitis hervor und schafft einen günstigen Boden, auf welchem sich die Epithelzellen implantiren und weiter wachsen können.

Diese secundären Tumoren haben immer einen benignen cystösen Bau. Die grösste Mehrzahl der Epithelzellen, die in die Bauchhöhle gelangen, verfallen der fettigen Degeneration und gehen zu Grunde.

Das Leiden, das wir als Pseudomyxoma peritonei oder richtiger als Peritonitis pseudomyxomatosa bezeichnen, besteht darin, dass Colloidmassen mit lebensfähigen Epithelzellen aus einer rupturirten Cyste in die freie Bauchhöhle gelangen. Die Intensität des Processes und die Zahl der secundären Cysten hängt einerseits ab von der Grösse der geplatzten Cyste, der ergossenen Colloidmenge und der Zeitdauer, während welcher immer neue Colloidmassen sich in die Bauchhöhle ergiessen, andererseits aber von der Lebensfähigkeit der Zellen.

Günsburger[8]), der in seiner im vorigen Jahre erschienenen Arbeit die ganze Literatur anführt, beschreibt im Ganzen 40 Fälle. Diese verhältnissmässig kleine Zahl erklärt sich dadurch, dass nur stark ausgesprochene Fälle beschrieben werden, nicht aber solche, die im Anfangsstadium ihrer Entwickelung standen.

Die letzteren kommen viel häufiger vor als geglaubt wird und haben ein viel grösseres Interesse für diejenigen, die die Pathogenese dieser Erkrankung studiren wollen.

Im Hospital Mariae Magdalenae hatte ich im Laufe von 8 Jahren 3 Mal Gelegenheit gehabt, diese Krankheit zu beobachten.

Der erste Fall wurde von Dr. Butz, der zweite von Dr. Lieven und der dritte von mir operirt.

Im ersten Falle handelte es sich um eine 46jährige äusserst schwächliche Frau, die mit starken Oedemen, einem sehr aufgetriebenen Leib und starken Athembeschwerden eintrat. Erst wurde die Krankheit für eine Cirrhosis hepatis gehalten, mit einem dadurch hervorgerufenen starken Ascites; da aber trotz der Besserung der Circulationsstörungen der Umfang des Leibes immer zunahm und die Flüssigkeit im Leibe bei der Umlagerung der Patientin ihre Stellung fast gar nicht veränderte, wurde die Diagnose zu Gunsten einer grossen Ovarialcyste, die fast die ganze Bauchhöhle einnahm, verändert. Bei der Laparotomie stellte es sich heraus, dass eine grosse Menge von Colloidmassen frei in der Bauchhöhle lag und theilweise fest mit dem Peritoneum verklebt war. Die Darmschlingen waren stellenweise eng mit einander verbacken. Die Uterusadnexe wurden nicht entfernt und nur höchst mangelhaft untersucht, da wegen der Schwäche der Patientin mit der Operation sehr geeilt werden musste. Im Ganzen wurden ungefähr 10 Liter Colloidmassen entfernt. Nach der Operation erholte sich die Patientin nicht. Ob-

---

[5]) Ohlshausen: Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. II.

[6]) Runge: St. Petersb. Medicinische Wochenschrift 1885. Centralblatt für Gynäkologie. Bd. II.

[7]) Pfannenstiel: Veit's Handbuch für Gynäkologie. III. 1. Hälfte.

[8]) Günsburger: Arch. f. Gynäkologie. Bd. 59.

gleich die Bauchwunde ganz glatt geheilt war, ging die Patientin am 11. Tage nach der Operation an Herzschwäche zu Grunde.

Im zweiten Falle trat die 75jährige Patientin in einem sehr schwachen Allgemeinzustande mit einem stark aufgetriebenen Leibe, Oedemen, Arythmie ein. Die Dyspnoe war so stark, dass die Kranke die ganze Zeit in einer halb sitzenden Stellung sich verhalten musste. Die Percussion des Leibes gab überall gedämpften Ton, der sich nur unter der Leber und in beiden Lumbalgegenden etwas aufhellte. Durch Punction wurde colloide Flüssigkeit herausbefördert. Aus der Anamnese erfuhren wir, dass die Kranke schon das zweite Jahr an einer Geschwulst im Unterleibe leide, welche in den letzten 6 Monaten ihre scharfen Contouren einbüsste, wobei der Leib sehr rasch an Umfang zunahm. Nachdem die Kranke sich etwas erholt hatte und die Herzthätigkeit einigermassen regulirt war, wurde zur Operation geschritten. Dabei stellte es sich heraus, dass die Bauchhöhle durch Colloidmassen ausgefüllt war, die theilweise in freiem Zustande sich befanden, theilweise aber in Form von dicken Ablagerungen das Peritoneum bedeckten. Stellenweise war das Peritoneum mit Cysten von verschiedener Grösse bedeckt. Die Wände dieser Cysten waren meistens dünn und rissen meist leicht wobei sich die Colloidmassen in die Bauchhöhle ergossen. Nur unter der Leber fand sich eine apfelgrosse Cyste mit einer dicken bindegewebigen Kapsel. Das Omentum zeigte sehr starke Veränderungen; es war sehr stark verdickt und von Tumoren von verschiedener Grösse durchsetzt, die mit einer colloiden Flüssigkeit ausgefüllt waren. Beide Ovarien waren in colloide Cystome verwandelt, die mehrere Rupturen aufwiesen und mit den Nachbarorganen stark verwachsen waren.

Wegen der grossen Zahl von secundären Cysten und der starken Veränderung des Omentum wurde ein colloider Krebs der Ovarien diagnosticirt, der zu Metastasen in der Bauchhöhle geführt hatte. Bei der Operation begnügte man sich mit dem Entfernen der freien colloiden Flüssigkeit, die Prognose wurde als äusserst schlecht bezeichnet. Trotzdem erholte sich die Patientin nach der Operation ziemlich rasch, die Bauchwunde heilte glatt und die Dyspnoe besserte sich. Die Kranke war wieder im Stande Speisen zu sich zu nehmen. Nach Verlauf von 4 Wochen hatte sie sich soweit erholt, dass sie das Bett verlassen konnte. Allmählich fing der Leib an wieder anzuschwellen und bald öffnete sich bei dem Nabel eine Fistel, aus welcher serös colloide Flüssigkeit sich entleerte. 6 Wochen nach der Operation stellte sich Schüttelfrost ein; aus der Fistel zeigte sich eitrige Flüssigkeit und 2 Tage darauf ging die Kranke unter den Symptomen einer Peritonitis zu Grunde.

Bei der Section wurde eine circumscripte eitrige Peritonitis in der Nabelgegend gefunden; in den anderen Abschnitten der Bauchhöhle fiel es auf, dass die Zahl der secundären Cysten, die dem Peritoneum aufsassen, und die Knoten im Omentum abgenommen hatten, so dass man den Eindruck gewann, als ob der Process sich in einem regressiven Stadium befand. Die mesenterischen und retroperitonealen Lymphdrüsen waren vergrössert und waren auf Querschnitten mit Colloidsubstanz ausgefüllt. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Ovarialcyste wurde die normale Structur von Colloidcysten gefunden, ohne die geringste Neigung zur malignen Degeneration. Die Untersuchung des Bauchfells und der secundären Cysten zeigte Bilder einer productiven Peritonitis im Sinne Werth's, die zur Abkapselung und langsamen Resorption des Colloids führen sollte. Die starke Verdickung des Omentum war bedingt durch eine Resorption von Colloidmassen, die das ganze Lymphgefässsystem des Omentum ausgefüllt hatten. Epithelzellen waren im Colloid spärlich vertreten und die meisten von ihnen degenerirt und theilweise zerfallen. Nur an einer Stelle wurde ein Conglomerat von gut erhaltenen Epithelzellen gefunden, die Neigung zur Proliferation zeigten.

In diesem Falle stellt es sich also heraus, dass obgleich makroskopisch der Process wegen der grossen Anzahl von Metastasen ein sehr maligner zu sein schien, nach der mikroskopischen Untersuchung derselbe als eine stark ausgesprochene Form eines Pseudomyxoma peritonei, also eine relativ gutartige Erkrankung, angesehen werden musste. Trotzdem die Ovarialtumoren, die beiden Haupterkrankungsherde, nicht entfernt worden waren, hatte die Krankheit Tendenz zur Rückbildung.

Im dritten Falle hatten wir es mit einem ganz frischen Process zu thun. Die Kranke mittleren Alters trat ein ins Hospital mit einer multilocularen colloiden Ovarialgeschwulst von ziemlich bedeutender Grösse. Bei der Operation stellte es sich heraus, dass eine von den Cysten, die die obere Partie des Tumors einnahm, eine frische Ruptur darbot; eine unbedeutende Menge von Colloidsubstanz hatte sich in die Bauchhöhle ergossen. Das Omentum und die Darmschlingen, die in der Nähe der Ruptur lagen, boten ziemlich charakteristische Veränderungen dar; das Bauchfell hatte seinen Glanz verloren, war besäet mit kleinen weisslichen Knötchen und bedeckt mit einer dünnen Colloidschicht, die sich schwer entfernen liess. Die mikroskopische Untersuchung zeigte das Bild einer productiven Peritonitis, das vollständig analog war dem von Werth beschriebenen Pseudomyxoma peritonei und der Peritonitis, wie sie beim Eindringen von Fremdkörpern in die Bauchhöhle als Fremdkörperperitonitis beschrieben ist.

Der Tumor des Ovarium wurde ohne Schwierigkeiten entfernt und die Kranke erholte sich vollständig

Das klinische Bild der Peritonitis pseudomyxomatosa hat viel Aehnlichkeit mit den Symptomen, die bei einem rasch wachsenden Tumor der Bauchhöhle getroffen werden. Die Krankheit entwickelt sich fast ausschliesslich im klimakterischen Alter. Die meisten Kranken sind schwächlich und heruntergekommen, bieten aber niemals das Bild einer Krebscachexie; die Herzthätigkeit lässt meistens einiges zu wünschen übrig. Der Umfang des Leibes ist gewöhnlich sehr gross bis zu 138 Ctm. Die Menge der Colloidmassen, die bei der Operation entfernt wurde, stieg bis 40 Pfund. Der Moment, wann eine der Cysten zum Platzen kam, konnte fast niemals mit Bestimmtheit angegeben werden und verlief meistens von der Kranken unbemerkt; doch war er gewöhnlich von einem stärkeren Wachsthum des Leibes gefolgt.

Eine richtige Diagnose wurde vor der Operation nur in Ausnahmefällen und nach einer Probepunction gestellt, bei welcher colloide Flüssigkeit herausbefördert wurde. Gewöhnlich wurde diese Erkrankung mit grossen Ovarialcysten oder mit einer grossen Ansammlung von Ascitesflüssigkeit verwechselt. Von der letzteren unterscheidet sich das Colloid durch seine Zähigkeit, so dass beim Wechseln der Lage der Kranken der Percussionsschall sich sehr langsam verändert.

Die Prognose wurde bis jetzt als eine sehr schlechte angesehen; so wurden von 40 Fällen, die Günsburger gesammelt hatte, nur 17 geheilt. Ich hatte schon früher darauf hingewiesen, dass die leichten Fälle in der Literatur fast gar nicht erwähnt werden, sondern nur solche, wo der Process lange besteht und das Colloid sich in einer grossen Masse angesammelt hat. Durch die lange dauernde Compression der Därme und des Magens leidet die Ernährung solcher Kranken sehr stark. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass die Colloidsubstanz in's Blut gelangt einen schädigenden Einfluss auf den Herzmuskel ausüben wird. Die meisten Kranken, die wegen des Pseudomyxoma laparatomirt wurden, starben an Herzschwäche. Als zweite Ursache der grossen Mortalität muss die eitrige Peritonitis angesehen werden. Die letztere wird hier viel häufiger angetroffen als bei Laparotomien wegen anderer Erkrankungen.

Es ist bekannt, dass bei complicirten chirurgischen Operationen eine absolute Asepsis unmöglich ist. Von der Bauchhöhle wissen wir ganz genau, dass das unbeschädigte Peritoneum bis zu einem gewissen Grade der Einwirkung von Mikroorganismen widerstehen kann. Sie werden rasch resorbirt und kommen in den Blutkreislauf, wo sie dank der antitoxischen Wirkung des Blutserums bald unschädlich gemacht werden. Dadurch erklärt es sich, dass oft Laparotomien zu einer glatten Heilung führen, trotzdem die Bauchhöhle bei der Operation verunreinigt war. Anders verhält es sich bei Laparotomien, die wegen einer Peritonitis pseudomyxomatosa ausgeführt werden. Hier befindet sich das Bauchfell in einem chronischen Reizzustand und die Lymphgefässe sind mit Colloidmassen so vollgepfropft, dass die Resorption nur äusserst langsam erfolgen kann. Dank diesen zwei Umständen haben die Eitererreger hier einen sehr günstigen Boden zu ihrer Entwickelung, so dass die Häufigkeit des Auftretens von eitrigen Peritonitiden zur Genüge erklärt ist.

Die Therapie kann nur operativ sein, da ohne Operation die Kranken einem sicheren Tode entgegen gehen. Bei der Operation muss der Haupterkrankungsherd — die cystisch degenerirten Ovarien entfernt werden, was zuweilen mit vielen Schwierigkeiten verbunden ist.

Die veränderten Partien des Omentum und des parietalen Bauchfelles müssen nach Möglichkeit entfernt werden.

Obgleich aber bei der Operation kein einziges Mal alle Colloidmassen in secundären Cysten entfernt werden konnten, verfügen wir über eine ganze Reihe von Beobachtungen aus der Literatur, wo die Kranken nach der Operation vollständig sich erholten und dauernd gesund blieben, so dass anzunehmen ist, dass das Colloid sich allmählich resorbirte. Das wird uns nicht wundern, wenn wir uns vergegenwärtigen, dass der ganze Process eigentlich ein relativ gutartiger ist und dass die Zellelemente, die hier betheiligt sind, keine grosse Lebensfähigkeit besitzen.

Pfannenstiel dachte, dass nach einer Operation wegen Pseudomyxoma peritonei durchaus ein Recidiv folgen müsse. Wir wissen jetzt, dass diese Ansicht falsch ist. Recidive kommen vor, aber nicht so sehr oft; ausserdem haben sie nichts gemein mit den Recidiven nach Entfernung von bösartigen Tumoren. Sie wachsen sehr langsam, beeinträchtigen das Allgemeinbefinden fast gar nicht und behalten ihren benignen cystösen Charakter bei.

Deshalb muss man die Kranken, die die erste Operation glücklich überstanden haben, längere Zeit unter Aufsicht behalten, um in dem Falle, wenn ein Recidiv sich entwickelt, ohne viel zu zaudern, die zweite Laparotomie auszuführen.

Ich bin überzeugt, dass wenn die Bekanntschaft mit dieser nicht so selten vorkommenden Complication von colloiden Cysten eine grössere Verbreitung findet und wenn es uns gelingt, das Pseudomyxom in einem möglichst frühen Stadium zu operiren und sich streng an die Regeln der Aseptik haltend die Operation möglichst radical auszuführen, unsere Resultate, was vollständige Wiederherstellung der Kranken und Vorbeugen von Recidiven anbelangt, viel befriedigender ausfallen werden.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Die deutsche Klinik am Eingange des zwanzigsten Jahrhunderts. In akademischen Vorlesungen herausgegeben von Prof. Dr. E. v. Leyden und Priv.-Doc. Dr. F. Klemperer. Mit Illustrationen und Tafeln. Berlin und Wien, Urban u. Schwarzenberg. 1901. Lief. 1—5 à 1 M. 60 Pf.

Je länger der Arzt in der Praxis steht, umsomehr geht der Zusammenhang zwischen ihm und der Klinik verloren. Den letzteren wiederherzustellen und zu erhalten, sollen diese Vorlesungen dienen. Sie sollen ihm die Studienreisen, Fortbildungscurse, Congresse etc., sofern solche nicht zugänglich sind, ersetzen.

Nicht ein neues Lehrbuch sollen sie ihm in die Hand geben, sondern eine grosse Reihe klinischer Vorträge aus dem Munde von hervorragenden Klinikern unserer Zeit, wie sie in Wirklichkeit gehalten werden und gehalten worden sind und wie sich bei dem Einzelnen von ihnen je nach seinem Fach und seinem Lieblingsgebiet ergeben haben. Also frei von historischem und literarischen Ballast, actuell und lebendig, das Wichtige kurz zusammenfassend, das Neue, Gute, Brauchbare und Interessante besonders hervorhebend. In diesen gesammelten Vorlesungen, die auf 10 Bände vertheilt werden, sollen alle praktischen Fächer der Medicin zur Behandlung kommen und schliesslich sollen grosse Register am Schlusse dasselbe auch als Nachschlagebuch geeignet machen. In der Anlage und der äusseren Erscheinung erinnern diese Hefte in mancherlei Beziehungen an die Volkmann'sche Sammlung klinischer Vorträge Die ersten Lieferungen enthalten bereits eine grosse Anzahl interessanter Vorträge von den Herren v. Leyden, Senator (Autointoxicationen), Dönitz, v. Leube, Boginsky, Bäumler, Naunyn (Diabetes), Ewald, Grawitz (Chlorose), Strübing (Husten und Auswurf), A. Fraenkel, Eichhorst, Erb, Edinger (Kopfschmerz und Migräne), Czerny (Kinderernährung), Monti und Soltmann, die sich alle auf den den genannten Autoren heimischen und geläufigen Bahnen bewegen; für die nächsten Lieferungen sind weitere zahlreiche wichtige Themata von nicht minder bekannten Autoren in Aussicht genommen. — Diese «Deutsche Klinik» wird also allem Anscheine nach ein vielgelesenes und vielcitirtes Sammelwerk werden, dass seinen Freunden ein gutes Spiegelbild der deutschen Klinik am Ende des XX. Jahrhunderts geben und ihnen zu gutem Nutzen gereichen wird.

K—r.

Hans Koeppe: Physikalische Chemie in der Medicin. Einführung in die physikalische Chemie und ihre Verwerthung in der Medicin. Wien 1901. Alfred Hölder.

Nachdem durch die Arbeiten von van t'Hoff, Ostwald, Arrhenius, Nernst u. A. die theoretische Chemie in ganz neue Bahnen gelenkt worden war, durften die anders gewordenen Vorstellungen von den chemischen Vorgängen auch auf unsere Ansichten über physiologische chemische Processe im thierischen Organismus von Einfluss werden. Die äusserst verwickelten Verhältnisse liessen es hier nicht anders erwarten, als dass dieser Einfluss nur langsam sich geltend machen konnte und so sind in dieser Richtung nur wenige Arbeiten zu verzeichnen. Immerhin hat die Klinik sich einige Methoden der physikalischen Chemie zu Nutze gemacht, um sie für die Pathologie, Diagnostik und Therapie zu verwerthen.

Den meisten Aerzten jedoch gehen die Cardinalbegriffe auf dem neuen Gebiete ab und ist es daher eine dankenswerthe Aufgabe die sich der Verfasser gestellt, den Medicinern mit der physikalischen Chemie in leicht fasslicher Form bekannt zu werden.

Im 1. Theil wird die van t'Hoff'sche Theorie der Lösungen und die Theorie der elektrolytischen Dissociationen behandelt. Der 2. Theil bringt die Anwendung der gewonnenen Begriffe auf die Processe im thierischen Organismus, während im 3. Theil sich eine historische Uebersicht über die Entwickelung der Beziehungen zwischen den medicinischen Wissenschaften und der physiologischen Chemie findet.

Ucke.

R. Brasch: Die anorganischen Salze im menschlichen Organismus. Nach den Grundsätzen der modernen Chemie systematisch dargestellt. Wiesbaden. J. F. Bergmann. 1900.

Das vorliegende Buch behandelt dasselbe Thema wie das vorher besprochene in etwas anderer Anordnung und Fassung und dürften sich beide Werke gegenseitig ergänzen.

Ucke.

P. Kübler: Geschichte der Pocken und Impfung. Bibliothek v. Coller, herausgegeben von O. Schjerning. Band 1. Berlin 1901. A. Hirschwald.

Die bedeutendsten Erfolge im Kampfe gegen die in Intervallen immer wieder auftretenden Volksseuchen hat das 19. Jahrhundert unzweifelhaft gegenüber den Pocken davon getragen, da, wo trotz Anfeindungen jeglicher Art und offener Agitation, die systematische Durchführung des Jenner-schen Verfahrens der Schutzimpfung gelang. Wenn dem Verfahren zunächst mannigfache Fehler anhafteten, die Dauer der Immunität überschätzt wurde, so konnte es nicht fehlen, dass jeder Mangel gegen das Princip verwerthet wurde.

Das vorliegende Buch liefert uns nicht nur das Material, an der Hand dessen wir die Reifung der Impffrage bis zu unseren heutigen Anschauungen verfolgen können, sondern geht auch auf die impfgegnerische Agitation ein und zeigt die Fehler, die z. Th. absichtlich in die Statistik eingeführt werden, um sie gegen die Impfung und oft gegen den ärztlichen Stand zu verwerthen. Es ist dies das Gebiet, auf dem zuerst das Volk und das Publikum in feindlichen Gegensatz zur wissenschaftlichen Medicin gestellt wurden; zugleich sehen wir, welch' ungeheurer volkswirthschaftlicher Schaden und welches Elend heraufbeschworen werden kann, wenn übelwollende Leute sich ins Vertrauen des Publikums einzuschleichen verstehen. Für den Arzt aber ist es wichtig gegen die Einwände der Laien stets die Gegenbeweise vor Augen zu haben; die herrschenden Vorurtheile wo es angeht zu bekämpfen, ist heutzutage eine wichtige culturelle Aufgabe des Arztes.

Zu diesem Behufe sei das vorliegende Buch bestens empfohlen.

Ucke.



Nil Filatow. Klinische Vorlesungen über Kinderkrankheiten. Unter der Redaction des Autors von Assistenzärzten der Kinderklinik nachgeschrieben und zusammengestellt. Deutsche autorisirte Uebersetzung der Aerzte G. Türk, E. Bahr und L. Martinson. I. Heft. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1901.

Die in deutscher Sprache erschienenen klinischen Vorlesungen des bekannten Moskauer Pädiaters werden überall die vollste Anerkennung finden, nicht nur von Seiten der Specialisten, sondern auch aller praktischer Aerzte. Das erste Heft besteht aus 212 Seiten und zerfällt in 23 Abschnitte. Von den Lehrbüchern hat die klinische Besprechung den Vorzug, dass dem Leser jeder Fall anschaulicher und lebendiger vor Augen geführt wird. An der Hand einer Krankengeschichte werden die einzelnen Krankheiten von wissenschaftlichem und praktischem Standpunkte aus eingehend erörtert. Der Styl ist gut und klar, jeder Vortrag fesselnd gehalten und liest sich leicht. Fr. Mühlen.

Lehrbuch für Wochenbettpflegerinnen von Dr. Paul Rissmann, Director der Provinzial-Hebammenlehre- und Entbindungsanstalt in Osnabrück. Mit 9 Abbildungen. Berlin 1901. Verlag von S. Karger. Karlsstrasse 15.

Verf. hat nach dem Muster der Hebammenlehrbücher auch ein solches für Wartefrauen zusammengestellt. Er ist der Meinung, dass 1/4 Jahr genügen werde, um tüchtige Wartefrauen heranzubilden, die nach abgelegter Prüfung ein Zeugniss zur Ausübung ihrer Thätigkeit zu bekommen haben. Selbstverständlich sind Arzt und Hebamme in allen Stücken die Vorgesetzten der Pflegerinnen, deren Anordnungen sie unbedingt zu erfüllen haben. — Das Lehrbuch ist übersichtshalber in Paragraphe — im Ganzen 149 — eingetheilt, in welchen die zur Pflege der Wöchnerinnen und des Kindes wichtigsten Punkte besprochen werden. Die Anatomie der weiblichen Geschlechtsorgane und die Bildung des Foetus sind ebenfalls kurz erwähnt. Fr. Mühlen.

Левъ Бертенсонъ: Лечебныя воды, грязи и морскія купанья въ Россіи и заграницей. 4-е, совершенно переработанное и значительно дополненное, изданіе. С.-Петербургъ. Изданіе К. Л. Риккера. 1901.

Vorliegendes Werk des wohlbekannten russischen Balneologen Dr. Leo v. Bertenson: «Die Heilquellen, Schlamm- und Seebäder in Russland und im Auslande» bildet in seiner eben erschienenen 4. Auflage ein stattliches Buch von etwa 800 Seiten, in dem alles mehr oder minder Wichtige auf dem betreffenden Gebiete sorgfältig gesammelt, mit grosser, auf langjähriger eigener Erfahrung beruhender Sachkenntniss geordnet und kritisch beleuchtet wurde. Das Werk zerfällt in 2 grosse Theile, deren jeder an und für sich eine ansehnliche, wissenschaftliche Arbeit darstellt. Im ersten bespricht Verfasser zunächst die physiologische Wirkung der Mineralwässer und die allgemeinen Indicationen zu ihrer innerlichen und äusserlichen Verordnung. Darauf folgt eine sehr eingehende Beschreibung der verschiedenen Arten der Mineralwässer und der physikalischen und chemischen Eigenschaften aller mehr oder minder bekannten Quellen derselben. Bei jeder Gruppe wird die physiologische Wirkung jedes einzelnen chemischen Bestandtheiles, bei jeder Quelle ihre Besonderheiten und specielle Indicationen derselben hervorgehoben und erklärt. Mit derselben Ausführlichkeit und von denselben Gesichtspunkten sind vom Verfasser auch die beiden recht grossen Kapitel über die Schlamm- und Seebäder bearbeitet. Am Ende des ersten Theiles finden sich zahlreiche sehr werthvolle allgemeine Hinweise für die Verordnung der Mineralwässer und der Schlamm- und Solbäder bei den verschiedenen einzelnen Krankheiten. Der ganze zweite Theil besteht aus einem genauen zuverlässigen Führer, in dem alle in- und ausländischen Curorte in alphabetischer Reihenfolge in geographischer, klimatischer, öconomischer und allen anderen, den Arzt und Patienten interessirenden Beziehungen beschrieben werden. Den Schluss des Werkes bilden zahlreiche Tabellen der chemischen Zusammensetzung der verschiedenen gebräuchlichsten Mineralwässer und ein äusserst ausführliches Literaturverzeichniss. Aus diesem Verzeichniss sieht man am besten, welch' colossale Mühe Verfasser auf die Bearbeitung des vorliegenden Stoffes verwenden musste. Seine mühsame 7jährige Arbeit ist dafür aber von bestem Erfolge gekrönt: in russischer Sprache wenigstens hat sein Werk, seiner Vollständigkeit und wissenschaftlichem Inhalte nach keinen Concurrenten und bildet eine wesentliche Bereicherung der balneologischen Literatur. Wir können dasselbe deshalb allen Aerzten nur bestens empfehlen und bedauern nur, dass der Sprache wegen, in der es geschrieben ist, das Werk auch den ausländischen Collegen nicht zugänglich ist. A. Sacher.

Handbuch der Prophylaxe. Herausgegeben von Nobiling und Jankau. (München. Verlag von Seitz und Schauer. 1901).

Unsere Recensentenpflicht gestattet uns nicht ein Werk mit Stillschweigen zu umgehen, welches eben abgeschlossen vorliegt und sich mit der Prophylaxe des Individuums der verschiedensten Krankheitszuständen gegenüber beschäftigt. Bei der ersten Ankündigung des Werkes möge sich wohl mancher gefragt haben, bedürfen wir denn etwas Demähnliches, ist uns die Prophylaxe denn nicht etwas ganz geläufiges, ist man berechtigt die Prophylaxe von den resp. Krankheiten zu trennen und ein Handbuch der Prophylaxe herauszugeben. Durchblättert man aber jetzt den fertigen stattlichen Band von 758 Seiten Lexiconformat, an dem zahlreiche bekannte Autoren emsig mitgearbeitet haben, dann sieht man doch wohl, dass die Prophylaxe bisher nur als kümmerliches Adnex behandelt und niemals in solchem Umfange dargestellt worden ist. Der Versuch ein gutes Handbuch der Prophylaxe zu geben war zeitgemäss und ist gut gelungen.

Das Buch zerfällt in 14 grosse Kapitel, in denen alle klinischen Disciplinen successive zur Sprache kommt: so z. B. Prophylaxe der Frauenkrankheiten, Ohrenkrankheiten u. s. w. und in sachgemässer, fesselnder Form abgehandelt werden. Die klinische Forschung und die klinischen Bedürfnisse sind dabei in den Vordergrund gestellt. Wie gesagt, a priori hatten wir weniger erwartet und können nochgerade dieses auch äusserlich schön ausgestattete Handbuch den Herren Collegen zum Lesen und zum Nachschlagen empfehlen. K—r.

Handbuch der praktischen Medicin, herausgegeben von W. Ebstein. 5 Bände. Ferdinand Enke in Stuttgart. Lief. 15—24.

Von diesem bereits mehrfach erwähnten Handbuche sind weitere Lieferungen erschienen, die den Abschluss früher begonnener Bände bringen und den fünften eröffnen. Es braucht nicht weiter hervorgehoben zu werden, wie werthvoll und mustergiltig die Schilderungen der in Frage kommenden Zustände aus der Feder der Herren Pribram, Epstein, Ebstein, Braun, Rosenstein, Kümmel, Jadassohn, Fürbringer, Schmidt-Rimpler, Obersteiner, Jolles, Eulenburg, Mendel, Nikolaier, Köllicker, Wassermann und Brieger sind und wie sehr das Lesen derselben, sei es dem Arzte, sei es dem Studirenden, zu Nutzen gereichen wird. — Die wenigen noch ausstehenden Lieferungen werden das grosse, streng einheitlich gehaltene Werk hoffentlich zu einem würdigen Abschluss bringen. K—r.

O. Bollinger: Atlas und Grundriss der pathologischen Anatomie. Bd. II, 2. Aufl. Lehmann's medicinische Handatlanten Bd. XII. München. J. F. Lehmann. 1901.

Der 2. Band des bekannten Handatlas umfasst die Capitel über den Harnapparat, die Geschlechtsorgane, das Nervensystem, die Knochen und Gelenke und bringt die typischen pathologischen Veränderungen in mustergiltiger Ausführung zur Anschauung.

Die farbigen Reproductionen sind vielfach so gelungen, dass man den Process sofort erkennt.

Der kurzgefasste Text empfiehlt sich als Repititorium wie zum Nachschlagen. Das aus erster Auflage allgemein bekannte Werk bedarf keines weiteren Eingehens noch einer besonderen Empfehlung. Ucke.

Auszug aus den Protokollen der medicinischen Gesellschaft zu Dorpat.

Sitzung vom 6. December 1900.
Vorsitzender: Stellvertr. Hoffmann.
Schriftführer: Boettcher.

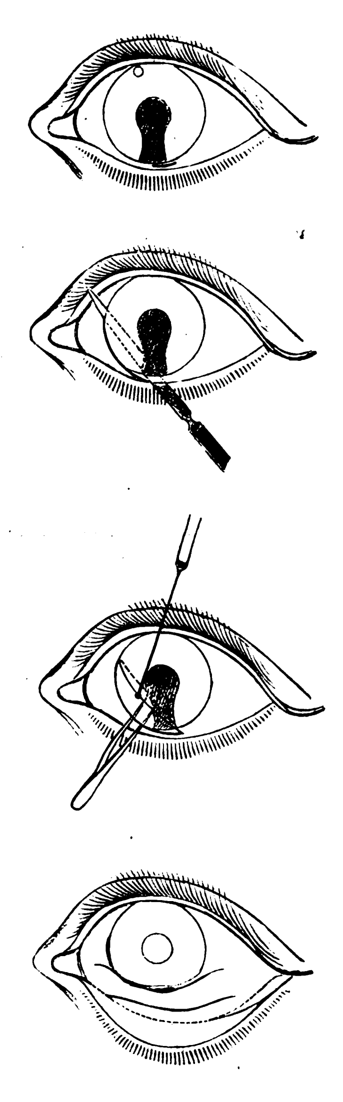
Anwesend die Herren: Faure, Jannsen, Lackschewitz, Pfaff, Terrepson und Meyer.

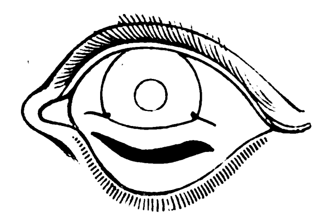
1. Verlesung des Protokolls der Sitzung vom 15. November 1900.

2. Lackschewitz demonstrirt einen kleinen Patienten, bei welchem er mit Erfolg das Fragment eines Zündhütchens aus dem Augeninnern entfernt hat. Patient erschien am Morgen des 25. November bei ihm mit der Angabe, dass am Nachmittage des vorhergehenden Tages der kleine 2jährige Bruder ihm mit einem Stock ins linke Auge geschlagen habe. Objectiv fand sich Folgendes: das linke Auge wird leicht geschlossen gehalten, am unteren Lidrand desselben ziemlich in der Mitte eine kleine wunde Einkerbung, grau belegt,

tiefe ciliare Injection um die Hornhaut. Am unteren Rande derselben, ca. 1½—2 Mm. vom Limbus entfernt, eine 2 Mm. horizontal verlaufende Wunde der Corneo scleralgrenze, in welche Iris vorgefallen war. Der kaum das Schleimhautniveau überragende kleine Prolaps ist mit fibrinösem Belag bedeckt. Kammer aufgehoben, Pupille nach unten verzogen, ein Colobom bildend, dessen äusserer Schenkel im Kammerwinkel verschwindet, während der innere speciell, sein Pupillartheil, von einem braunen metallisch glänzenden Fremdkörper bedeckt erscheint. Linse catarractös getrübt, in einzelnen Iriskrypten Blutgerinnsel. Im Kammerwinkel oben eine Luftblase, kleinlinsengross. Die der Pupille zugewandte Seite des Fremdkörpers scheint der Fläche nach umgebogen zu sein und verschwindet der Rand in der getrübten Linsensubstanz: die dem Limbus corneae zugewandte Seite wird von quellenden Linsenflocken bedeckt. Die Wunde der Corneo-scleralgrenze erscheint im Verhältniss zum Fremdkörper auffallend klein.

Die Diagnose lautete auf Zündhütchenfragment in Vorderkammer und Linse und der kleine Sünder gestand denn auch, dass ihm beim so beliebten Zerknallen von Pistons etwas ins Auge geflogen sei. In tiefer Chloroformnarcose wurde nun mit dem Schmalmesser ein Schnitt angelegt analog dem bei der Extraction üblichen, beginnend in der kleinen Wunde und endigend innen ungefähr im horizontalen Meridian der Hornhaut, Lüftung des so gebildeten Hornhautlappens mit stumpfem Irishäckchen. Nun gelang es mit der Irispincette den Fremdkörper zu fassen, über den Irisrand herüberzuheben und aus der Kammer zu entfernen. Ausschneiden der eingeklemmten Iris und Herauslassen der gequollenen Linsenmassen. Zum Schluss, um eine Infection der doch unregelmässigen Risswunde und des freiliegenden Irisstumpfes zu verhüten, Conjunctivalplastik nach Kuhnt durch einen doppelt gestielten Lappen aus der Conjunctiva bulbi.





Heute am 11. Tage nach der Verletzung ist das Au ziemlich reizlos. Dennoch hat sich ein kleiner umschriebe Entzündungsheerd an der Stelle, wo das Zündhütchenfra ment sass, gebildet. Die Ursache dafür ist wohl nicht I fection von aussen, sondern der Umstand, dass Kupfer auc völlig aseptisch in der Vorderkammer dennoch entzündungs erregend, chemotactisch wirkt. wie Lieber gezeigt hat.

Lackschewitz hofft jedoch, dass der kleine Entzün dungsheerd localisirt bleiben wird und speciell nicht die Ur sache zu gefahrdrohender sympathischer Entzündung abgiebt. Sehr warm empfiehlt er für derartige Fälle, wie überhau frische Wunden der Sclera und des Hornhautrandes d Kuhnt'sche Conjunctivalplastik, die auch in diesem Fall sich entschieden bewährt hat.

Das Gewicht des Zündhölzchenfragmentes beträgt ca. 0,1 es entspricht dem dritten Theil eines gewöhnlichen für Per cussionsgewehre gebräuchlichen Pistons.

Discussion.

Meyer fragt, wie sich Lackschewitz die günstig Wirkung der Plastik erklärt, da inficirte Wunden nach al gemein-chirurgischen Principien nicht occludirt wurden.

Lackschewitz: Durch den doppelt gestielten Conjunctivallappen wird die Wunde sehr schnell vascularisirt. Darin liege der Schutz. So eine Plastik werde auch bei einer sicher inficirten Wunde nicht gemacht — nur wo man hoffen könne, dass noch keine Infection vorliege — sei si empfehlenswerth. Da aber alle penetrirenden Bulbuswunden die etwas klaffen, zum Vorfall — sei es der Iris, sei es des Ciliarkörpers neigten — beuge man so dem Vorfall vor.

3. Faure hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber congenitale Luxationen». (Erscheint im Druck.)

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 30. Juni d. J. 7687 (178 wen. als in d. Vorw.), darunter 402 Typhus — (29 mehr), 748 Syphilis — (27 wen.), 302 Scharlach — (31 wen.), 107 Diphtherie — (2 mehr), 60 Masern — (3 mehr) und 16 Pockenkranke — (2 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 24. bis zum 30. Juni 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
406	303	739	187	90	130	18	11	23	54	50	42	31	36	25	8	1

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 14, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 25, Scharlach 19, Diphtherie 26, Croup 2, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 16, Erysipelas 5, Grippe 3, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 83, Tuberculose anderer Organe 16, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 50, Marasmus senilis 20, Krankheiten der Verdauungsorgane 175, Todtgeborene 30.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger** und **Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Дозв. ценз. Спб., 6 Іюля 1901 г. Herausgeber **Dr. Rudolf Wanach.** **Buchdruckerei v. A. Wienecke. Katharinenhofer Pr. № 15.**

XXVI. JAHRGANG **ST. PETERSBURGER** Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 29 St. Petersburg, (3. August) 21. Juli. **1901**

Ueber die Heilung alter Trommelfellperforationen.

Von

Dr. med. N. Lau.

Vortrag mit Vorstellung eines Patienten, gehalten am 1 Mai 1901 im Illuxt'schen Aerzteverein.

M. H.! Häufig bleiben nach Mittelohreiterungen, wenn auch die Schleimhaut der Trommelhöhle zur Norm zurückgekehrt ist, Oeffnungen im Trommelfell nach, die sich ohne Kunsthilfe weiter nicht schliessen. Das hat aber für den Patienten einen grossen Uebelstand, denn erstens fehlt dem Mittelohr der natürliche Schutz gegen äussere Schädlichkeiten, so dass Recidive des Ohrenflusses eintreten, was unter Umständen zu tödtlichen Complicationen führen kann; zweitens leidet das Gehör dadurch, dass nur noch ein Theil des Trommelfelles seine Dienste bei Aufnahme und Weiterleitung der Schallwellen leistet.

Diese Gründe sind schwerwiegend genug, um nach Mitteln und Wegen zu suchen, die den erwähnten Uebelständen Abhilfe schaffen sollen. Der besseren Uebersicht wegen können wir alle Methoden in 2 Gruppen scheiden, erstens in solche, welche die Lücke mechanisch verdecken und dadurch den Schallwellen wieder eine grössere Angriffsfläche geben wollen, und zweitens in solche, welche einen directen Verschluss der Perforation bezwecken.

Als Prototyp der mechanisch verschliessenden Apparate können wir das künstliche Trommelfell von Toynbee ansehen. Dasselbe besteht aus einem Kautschuckplättchen, dessen Grösse dem Durchmesser des äusseren Gehörganges entspricht, und aus einem dazu gehörigen Drahtstiel, welcher senkrecht auf der kleinen Platte angebracht ist. Mit Hilfe dieses Stieles wird nun die Platte bis zur Trommelfelllücke vorgeschoben, so dass sie jetzt nicht nur diese bedeckt, sondern auch auf dem nachgebliebenen Trommelfellrest aufruht. Da nun der feste Stiel den äusseren Gehörgang öfters gereizt hat, ebenso auch die Platte als fester Fremdkörper nicht immer gut vertragen wird, so sind verschiedene Modificationen angegeben worden, wie z. B. den Stiel mit Watte zu umwickeln oder ihn durch einen Faden zu ersetzen, der an dem Kautschukplättchen befestigt ist. Wird der Faden durch eine kleine Metallröhre hindurch geführt und fest angezogen, so hat man wieder einen festen Anhalt, um das künstliche Trommelfell einzuführen; liegt dieses an Ort und Stelle, so wird die Metallröhre entfernt; will man später die Scheibe herausnehmen, so genügt ein Zug am Faden.

An Stelle der Kautschukplatte hat man ein Stückchen Watte genommen, dass auf einer Seite platt zusammengedrückt, auf der anderen zu einem Stiel ausgezogen wird, so dass schliesslich derselbe Effect erreicht würde. Ausser ihrer Weichheit hat die Watte noch den Vortheil, dass sie wenn nöthig auch mit Arzneilösungen getränkt werden kann. Auf weitere Modificationen will ich hier nicht eingehen, da sie alle dasselbe Princip haben, wie das Toynbee'sche künstliche Trommelfell, nämlich eine Platte, welche die Perforation verdeckt und eine Handhabe, welche das Einführen und die Herausnahme des Instrumentchens erlaubt. So einfach und hübsch diese Idee auch war, so befriedigte sie doch nicht, da sie nur den Defect zeitweilig verschliesst, aber keine Heilung darstellt.

Daher wandte man sich dem zweiten Princip zu und wollte die Trommelfellperforation künstlich zum Verwachsen bringen. Hier muss aber noch vorausgeschickt werden, dass der Verschluss der Lücke in denjenigen Fällen nicht erlaubt ist, in welchen Schallleitungshindernisse in der Gehörknöchelchenreihe vorhanden sind; hier werden die Schallwellen mit besserem Effect durch die Perforation direct auf die Steigbügelplatte auffallen; die Vermittelung durch die Gehörknöchelchen dagegen würde nur den Leitungsprocess erschweren. Schliesst man daher in diesen Fällen den Defect des Trommelfelles, so tritt Verminderung des Gehörs ein.

Man muss also bei Behandlung der Perforation auf diesen Uebelstand achten, falls es dem Patienten nicht

auf alleinige Vorbeugung der Recidive der Mittelohrentzündungen ankommt.

Der Grund, warum eine Lücke im Trommelfell sich nicht schliesst, liegt daran, dass die Perforationsränder von der Epidermis überwachsen werden, somit der reactive Heilungsprocess seinen Abschluss finden muss. Will man daher ein Weiterwachsen des Trommelfell- resp. Narbengewebes erzielen, so muss man vorher die Epidermis der Perforationsränder zerstören.

Berthold hat zum Verschluss der Trommelfellperforationen die Myringoplastik eingeführt, indem er das Reverdin'sche Verfahren anwandte. Er frischte die Ränder an und legte auf die Oeffnung ein der Haut entnommenes Hautstückchen auf. Doch die Resultate waren ungünstig. Daher versuchte er an Stelle der menschlichen Haut ein Stückchen Hühnereihäutchen anzuwenden, was manchmal von Erfolg gekrönt war, doch heilte die Schalenhaut selbst nicht ein, sondern diente nur als Brücke für das wuchernde Narbengewebe.

Auch die anderen Versuche mit radialen Incisionen in die Perforationsränder oder die galvanokaustische Aetzung derselben oder die Beizung mit Höllenstein helfen manchmal, besonders wenn die Lücken klein waren. Doch hatten alle diese Methoden den Uebelstand, dass sie häufig selbst eine Mittelohreiterung anregen, so dass öfters eine Vergrösserung der Perforation nach diesen Eingriffen eingetreten war.

Nach allen diesen mühseligen und was die Resultate anbelangt sehr dürftigen Versuchen veröffentlichte Okunew, Militärarzt in St. Petersburg, 1895 in der Monatsschrift für Ohrenheilkunde sein Verfahren, welches einfach ist und sehr günstige Erfolge ergeben hat. Er ätzt die Perforationsränder mit Trichloressigsäure [1]) und hatte bei den Patienten, die seinen Anordnungen willig folgten, vollständige Erfolge: das Trommelfell heilte zu und das Gehör besserte sich.

Seitdem haben schon mehrere Publikationen stattgefunden, welche fast nur günstiges über diese Methode gebracht haben, so dass wir schon jetzt das Okunew-sche Verfahren zum dauernden Bestande der ohrenärztlichen Therapie rechnen können. Hin und wieder wird das Gehör nicht gebessert oder es tritt eine Verlöthung der Narbe mit der inneren Paukenhöhlenwand und Ohrensausen ein oder die Perforation wird nicht ganz zum Verschluss gebracht, das sind aber Umstände, die bei besserer Technik und grösserer Ausdauer wahrscheinlich schwinden werden.

Die günstige Wirkung der Trichloressigsäure findet ihre Erklärung in einer Arbeit von Schwabe [2]), welcher ihre Wirkung auf die Nasenschleimhaut und die Tonsillen studirte. Nach seinen Untersuchungen wirkt sie nämlich nur oberflächlich, ohne stärkere Reizerscheinungen hervorzurufen, falls man sie nicht mechanisch ins Gewebe einreibt. Daher ist ihre Anwendung bei Trommelfelldefecten auch so günstig, da hier eine Zerstörung nur des Epithels mit geringer Reaction gewünscht wird, was bei der Trichloressigsäure in vollem Masse stattfindet.

Ich selbst habe das Okunew'sche Verfahren auch schon seit längerer Zeit angewandt und bin mit ihm sehr zufrieden. Die sehr grossen Perforationen heilen natürlich viel schwieriger und langsamer wie die kleinen, doch mit Ausdauer sind auch sie zur Heilung zu bringen. Als Beispiel erlaube ich mir Ihnen folgenden Patienten vorzustellen.

Er ist 35 Jahre alt, leidet seit 30 Jahren an Ausfluss aus dem linken Ohr mit zeitweiligen Schmerzen im Warzenfortsatz. Vor $1^3/_4$ Jahren wandte er sich an mich.

Befund. Aus dem linken Ohr übelriechender Ausfluss und Granulationen im Mittelohr. Warzenfortsatz auf Druck empfindlich, aber weder geschwollen noch geröthet. Flüstersprache beim Ohr. Im Verlauf von 4 Monaten war die Mittelohreiterung ausgeheilt, der Warzenfortsatz nicht mehr empfindlich, aber vom Trommelfell fehlten ungefähr $^2/_3$ und zwar die hinter und unter dem Hammergriff gelegene Partie. Nun wurden die Beizungen mit eben verflüssigster Trichloressigsäure aufgenommen und jede Woche wiederholt. Jetzt, nach $1^1/_2$ Jahren, ist das Trommelfell vollständig verheilt. Das neugebildete Narbengewebe ist grau glänzend, so dass es sich in nichts vom normalen Trommelfell unterscheidet, wie dieses auch beweglich und straff d. h. nicht atrophisch ist. Nur an der hinteren oberen Peripherie ist es verdickt und uneben, was höchst wahrscheinlich darauf zurückzuführen ist, dass ich an dieser Stelle die Beizung oft wiederholt habe, da sich hier die Oeffnung sehr ungern schliessen wollte. Meine Flüstersprache wird jetzt auf 15—18 Fuss gehört, was einem normalen Gehör entspricht.

Ein schöneres Resultat kann man sich nicht wünschen.

Dass das Okunew'sche Verfahren auch für das Militär von grosser Bedeutung ist, brauche ich nicht näher auszuführen, da es zu bekannt ist, dass eine Perforation des Trommelfelles von einer gewissen Grösse (über $^2/_3$) genügt, um den Rekruten vom Dienst zu befreien.

[1]) Technik des Verfahrens. Zum Beizen benutzt man eine sehr feine Knopfsonde (Durchmesser des Knopfes ungefähr 1 Mm.), der entweder direct oder erst nach Umwickelung mit äusserst wenig Watte mit Acid. trichloraceticum befeuchtet wird. Die Trichloressigsäure wird entweder als concentrirte Flüssigkeit (durch Zerfliessen der Krystalle an der Luft gebildet) oder als verdünnte Lösung bis 50 pCt. angewandt. Einige Autoren haben sogar noch eine stärkere Verdünnung angewandt. Die mit der Aetzflüssigkeit versehene Sonde bestreicht nun die Perforationsränder, welche gleich oder sehr bald weiss werden, als Zeichen, dass sie von der Säure getroffen worden sind. Da das Verfahren schmerzhaft ist, kann man vorher cocainisiren oder nachher mit warmen Wasser nachspülen; wenn aber der Patient die Schmerzen nur irgendwie aushalten kann, so soll man lieber auf diese Hilfsmittel verzichten, da sie hin und wieder ein Recidiv des Mittelohrprocesses hervorrufen können. Am besten beizt man nur einmal wöchentlich, um nicht die reactive Wucherung zu früh zu unterbrechen.

[2]) H. Schwabe: Zur Kenntniss der Wirkung der Trichloressigsäure. Zeitschrift für Ohrenheilkunde. 1900. Bd. 38. S. 189—200.

Referate.

Einige neuere Arbeiten über die Tabes dorsalis.

1. Ostankow: Streckung der Wirbelsäule als Methode der Behandlung von Nervenkrankheiten. (Arbeiten aus der Psychiatrischen Klinik zu St. Petersburg. Band 2.)
2. Die Tabes dorsalis (erweiterte Sonderausgabe aus der Realencyclopädie etc. 3. Aufl. Urban und Schwarzenberg 1901. Berlin u. Wien.) von E. v. Leyden.
3. Ueber Tabes und Paralyse von K. Schaffer. (Jena 1901. G. Fischer.)
4. Paresis of the external recti etc. by G. O. Ring. (Journ. of the Amer. Med. Association 1901. March 16, p. 705.)
5. Ophthalmoplegia interior als Frühsymptom etc. von J. Donath. (Wiener Med. Wochenschr. 1901. Nr. 15, p. 705.
6. Pathologische Anatomie des Rückenmarks von H. Schmauss und S. Sacki. (Wiesbaden. 1901. Bergmann.)

Prof. Leyden hat seine Darlegung der Tabes vom Jahre 1889 mit Nachträgen und sehr dankenswerthen Literaturzusammenstellungen versehen von Neuem erscheinen lassen. In seiner Vorbemerkung constatirt er mit Befriedigung

dass die seitherige Entwickelung der wissenschaftlichen Arbeiten seiner Auffassung «fast überall Recht gegeben hat». In diesem Ausspruch liegt die Charakteristik des uns vorliegenden Buches, Mangel an Subjectivität ist der letzte Vorwurf, den man dem Autor machen dürfte. Ob das aber der Standpunkt ist, um die praktische Aerztewelt von der wirklichen Sachlage puncto Tabes zu orientiren, lassen wir dahingestellt. Ref. hält es daher für seine Pflicht, angesichts der Autorität des vielgenannten Verfassers, vor kritikentsagender Lectüre die unbefangenen Leser zu warnen.

Wie wenig geklärt thatsächlich die pathologisch-anatomische Genese der Tabes dorsalis ist, geht aus einer Wiedergabe der Ansichten dreier hier citirter Autoren hervor. Schaffer (3) stellt als Ursache des ganzen tabetischen Degenerationsprocesses die Erkrankung der hinteren Wurzeln hin, deren Affection auf chronischen infiltrativen, vasculären und meningealen Veränderungen beruht, dabei findet er das «primum movens» aber in dem syphilitischen Zustand, welcher zur Arteriosclerose disponirt, also sine lue nulla tabes! Ganz anders lautet die Theorie Leyden's, auf deren «Bestätigung» er mit Zufriedenheit zurückzuschauen erklärt. Nach ihm beginnt der Process von der Peripherie, es sind die peripherischen Nervenendigungen die durch verschiedene Schädlichkeiten zur Degeneration gebracht werden und in zweiter Linie zu einer aufsteigenden Entartung in den Hintersträngen führen.

Noch weiter als Schaffer, entfernt sich Schmauss in seiner vorzüglichen Darstellung des anatomischen Bildes der Tabes von der Leyden'schen Auffassung: nach ihm handelt es sich um eine Degeneration intramedullärer hinterer Wurzelfasern, ähnlich wie sie bei anderen Erkrankungen toxischer Natur gefunden wird.

Es ist von besonderer Wichtigkeit, dass wir hier die Anschauung eines pathologischen Anatomen vernehmen, dessen Urtheil von klinischer Beobachtung unbeeinflusst aber dadurch so gewichtig wird, dass es die Anschauungen von Strümpell, Möbius u. A. vollkommen bestätigt.

Geradezu staunenerregend wirkt in der Leyden'schen Arbeit die Behandlung der Aetiologie. Da sehen wir in erster Linie hingestellt die Erkältung; auf diesen Factor führt Leyden auch den peripherischen Beginn der Tabes zurück, denn allerdings sind naturgemäss Kälteeinwirkungen an der Peripherie am häufigsten; sogar Unterdrückung des Fussschweisses scheint ihm eine annehmbare Erklärung der Rückenmarksdegeneration. In zweiter Linie nennt L. das Trauma; nach ihm ist es nicht unwahrscheinlich, dass das Trauma einen «ähnlichen Effect auf die sensiblen Nerven ausüben könne wie die Erkältung». Demgegenüber leugnen andere Autoren jede traumatische Entstehungsmöglichkeit und Hitzig hat unter 35 solchen Fällen nur 6 gefunden, die einigermassen der Kritik standhalten. Endlich als dritte häufig citierte Ursache nennt L. die Syphilis, deren Bedeutung für die Aetiologie der Tabes von ihm stricte geleugnet wird. Wenn nun auch zugegeben werden muss, dass der genetische Zusammenhang der beiden Erkrankungen noch nicht völlig geklärt ist, denn um eine rein syphilitische Affection handelt es sich hier nicht, sondern um eine metasyphilitische, so hat doch in letzter Zeit die Fournier-, Erb-, Moebius'sche Lehre immer mehr an Boden und Anhängern gewonnen, trotz der gegentheiligen Versicherung Leyden's. Ich verweise wiederum auf das Schmaus'sche Buch; dieser Autor sagt ausdrücklich, dass «die Zahl der Gegner (der Lues-Tabestheorie) in fortwährender Abnahme begriffen sei». Trotzdem spricht er sich nicht in so unumwundener Weise für diese Anschauung aus, wie beispielsweise Schaffer.

Trotz des ersichtlichen ätiologischen Zusammenhanges zwischen Tabes und Lues hat die antiluetische Behandlung sich keiner Erfolge zu erfreuen und man muss Leyden durchaus Recht geben, wenn er vor kritikloser Verwendung des Hg eindringlich warnt.

Während sich L. in seinen früheren Arbeiten völlig skeptisch über die Verwendung der Suspension in der Tabestherapie aussprach, meint er jetzt doch einen günstigen Einfluss derselben (als planum inclinatum nach Jacob) auf einzelne Symptome bemerkt zu haben. Viel weiter geht in dieser Beziehzng Ostankow (1); nach diesem Autor wirkt die Suspension (am Sprimon-Bechterew'schen Apparate) auf den ganzen Symptomencomplex der Tabes, ja sogar auf die rein objectiven Erscheinungen derselben, den Patellar- und Pupillarreflex, auf die beiden letzteren allerdings selten und unbedeutend. Ref. hat beide Apparate benutzt, hat auch häufig genug, ja beinahe stets nach längerem Spitalsaufenthalt, Besserung des Befindens Tabetischer eintreten sehen, leider aber war die angewandte Therapie (milde Wasserbehandlung, Galvanisation, Faradisation, Pointes de feu etc.) nicht von irgendwie ausschlaggebender Bedeutung. Die besten Resultate giebt nach Ostankow die Suspension bei der Tabes mit langsamer Entwickelung, das ist auch ganz natürlich, hier treten auch von selbst weitgehende Remissionen und Besserungen ein. In den Fällen schwerster, bösartiger Tabes spottet die Erkrankung all' unseren therapeutischen Bestrebungen.

Ring (4) berichtet über einen interessanten, leider etwas cursorisch geschilderten Fall von abnormer Tabes; hauptsächlich betheiligt waren die bulbären Nerven (Abducens, Trigeminus, Hypoglossus), dabei waren die Patellarreflexe erhalten, die Achillessehnenreflexe aber fehlten. Obwohl Lues als ziemlich sicher angenommen werden konnte, war die Hg-therapie erfolglos. Donath (5) weist auf das frühzeitige Auftreten der Pupillenerscheinungen und ihre diagnostische Bedeutung hin. Besonderen Werth will er der Unregelmässigkeit der Pupillenform beimessen, weil sie eine ungleichmässige Innervation der Irismusculatur verräth. Augenmuskelstörungen können, wie D. an eigenen Beispielen erweist, um 10 Jahre dem Beginne der Paralyse vorausausgehen.

Voss.

Mittheilungen
aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 3. Mai 1900.

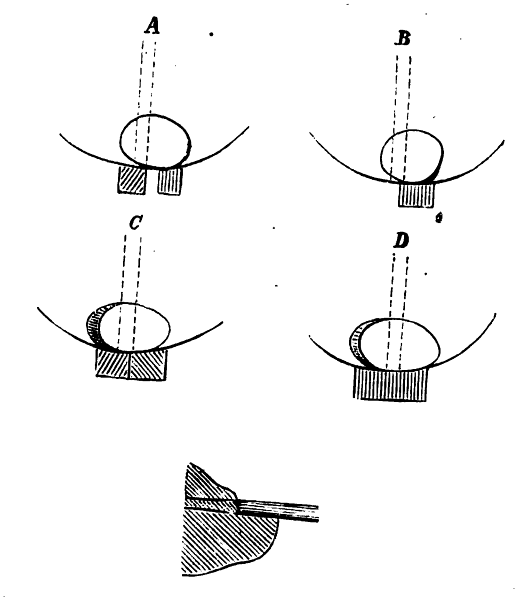
1. Dr. P. Hampeln weist auf die grosse Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Diagnose der Herzvergrösserung hin. Mit Hilfe der Röntgenstrahlen könne man in exacter Weise die Herzgrenzen bestimmen, während die Percussion nur annähernde Werthe oder selbst, bei Ueberlagerung des Herzens durch die Lungen, vollständig versage. Es stände zu erwarten, dass aus diesen Gründen die Percussion des Herzens vollständig durch die Radiographie verdrängt wird. So sei auf dem diesjährigen Congress in Wiesbaden von Moritz (München) ein Apparat demonstrirt worden, der genaueste Grössenbestimmungen des Herzens gestatte und diese durch einen sinnreichen Zeichenapparat in wenigen Minuten fixire. Der allgemeinen Anwendung des Röntgenverfahrens stehe jedoch vorläufig die grosse Umständlichkeit und der Kostenpunkt hinderlich im Wege; doch seien in dieser Beziehung gewiss rasche Fortschritte zu gewärtigen.

Ehe aber diese Untersuchungsart Allgemeingut geworden, sei es um so wichtiger, volle Klarheit über die auf andere Weise zu erlangenden Resultate zu gewinnen.

Das gewöhnliche Percussionsverfahren gestatte, normale Verhältnisse vorausgesetzt, mit grosser Sicherheit in der Höhe des 4. Intercostalraumes die ganze Breite des Herzens, die hier ca. 11 Ctm. beträgt, zu bestimmen. Dazu scheine, wie immer bei Grenzbestimmungen auch hier gerade die ganz schwache Finger-Fingerpercussion besonders geeignet.

Fast immer, mit wenigen Ausnahmen, gelinge es so, ausser der gewöhnlichen absoluten Dämpfung vom linken Sternalrande bis zur Ictuslinie, eine zweite, bald mehr, bald weniger deutliche Dämpfungszone nach rechts, bis zu 1 Ctm. über den rechten Sternalrand hinaus, festzustellen. Häufig nähme die rechte Grenze, worauf er während seiner Thätigkeit am Krankenhause oft hingewiesen hat, eine Stufenform an, wie sie neuerdings von König beschrieben worden ist, — andere Male verläuft sie in einer ungebrochenen Linie. Fast immer aber falle die rechte perkutorische Dämpfungsgrenze im 4. Intercostalraume nach aussen vom rechten Sternalrande. Die Ueberlagerung des Herzens hier, durch eine nur schmächtige Lungenpartie, erkläre dieses Verhalten. In der Regel werde, wenn kein Verdacht eines Herzleidens vorliegt, diese nach rechts reichende Dämpfung übersehen und vernachlässigt, nur bei vorhandenem Herzleiden beachtet, dann aber wieder leicht überschätzt, d. h. für den unmittelbaren Ausdruck einer Dilatation und Hypertrophie der rechten Herzhälfte gehalten. Das scheine ihm nach seiner Erfahrung nicht richtig, da in vielen Fällen von Mitralinsufficienz oder Stenose mit reeller Dilatation und Hypertrophie des rechten Ventrikels die perkutorischen Herzgrenzen nach rechts sich dennoch wenig oder garnicht von den auch in der Norm anzutreffenden unterscheiden. Es sei eben der der Vergrösserung des Herzens entsprechende Theil oft von einer zu mächtigen Lungenschicht bedeckt, um sich im Perkussionsergebniss bemerkbar machen zu können.

Redner erläutert das an Diagrammen des idealen Querschnittes im 4. Intercostalraum. A entspräche dem gewöhnlichen, B dem seltenen Perkussionsverhalten in der Norm, rechts und links vom Sternum, C und D dem bei Hypertrophie und Dilatation des rechten Ventrikels. A und C seien einander gleich und hier hätte darum die Radiographie als entscheidende Methode einzugreifen, insbesondere dann, wenn



wie in vielen Fällen angeborener Herzfehler, keine Herzgeräusche auf die Erkrankung hinweisen oder Geräusche accidenteller Natur vorlagen.

Was die Bedeutung der Röntgenstrahlen für die Feststellung von Aortenaneurysmen betrifft, so sei Reder in dieser Hinsicht anfänglich enttäuscht gewesen. Die diffuse Aortenerweiterung trete allerdings immer deutlich hervor, die wichtige umschriebene aber nur in schwacher Andeutung, wenigstens bei der gewöhnlichen Betrachtung in sagittaler Richtung. Dabei deckten sich die Theile der Aorta gegenseitig und hinderten so die Wahrnehmung etwaiger Aneurysmen, die in derselben Ebene liegen. Bei der Durchleuchtung in frontaler Richtung, die sehr werthvolle Resultate ergeben könnte, seien die Bilder zu lichtschwach. Darum sei neuerdings von Wien aus (Wiener Klin. Wochenschr. 1900 Nr. 10) die Durchleuchtung in diagonaler Richtung anempfohlen worden, wobei die verschiedenen Theile des Cavum mediastini freilich in einem zunächst verwirrenden Bilde, der Sternalschatten, das Herz; die Aorta ascendens und descendens der Wirbelsäulenschatten neben einander zu liegen kämen und daher eine gesonderte Betrachtung und Feststellung auch kleiner Veränderungen zuliessen.

Redner demonstrirt hierauf eine Reihe von Radiogrammen, die sämmtlich in sagittaler Richtung aufgenommen worden sind.

1. Thoraxorgane eines jungen Mannes ohne jeden Verdacht eines Aortenleidens. Das Röntgenbild weist eine kleine Ausbuchtung am linken Aortenrande (in situ) auf.
2. Frau von ca. 50 Jahren. Häufige Brustschmerzen. Dasselbe Bild wie in Nr. 1.
3. 65jähriger Mann. Arteriosklerose. Insufficienz der Aortenklappen auf arteriosklerotischer Grundlage, unter den Augen des Beobachters im Laufe der letzten 2 Jahre entstanden. Häufige heftige Brust- und Rückenschmerzen, jetzt geschwunden. Im Bilde diffuse Dilatation der Aorta mit kleinen seitlichen Ausbuchtungen rechts und links.
4. Recurrenslähmung eines Mannes in mittleren Jahren, links. Im Bilde diffuse Dilatation der Aorta mit mässiger Ausbuchtung links, wie in 1 und 2. Rupturaneurysma sehr wahrscheinlich, jedoch im Bilde nicht deutlich hervortretend.
5. Radiogramm des Thorax eines Patienten von 70 Jahren. Vor 1½ Jahren Pleuraempyem rechts, Operation, Heilung. Bald darauf Fieber, Husten, Heiserkeit, «Influenza», 2 Wochen während. Linksseitige Recurrenslähmung. Rheumatoide Erscheinungen, besonders im rechten Arm. Parese, Atrophie, mässige Krallenbildung der Hand. Paretischer Gang. Pulsation im Jugulum, Dämpfung des Manubriums, sonst keine wichtigeren Herz- und Gefässveränderungen. Die Röntgenaufnahme ergiebt Schatten von unregelmässigen Rändern, das Mediastinum einnehmend.

Die Frage, ob es sich hier um Aneurysma, Tumor oder Recurrenslähmung aus anderen Gründen (Schwartenbildung an Pericard oder Pleura) handelt, meint Redner unentschieden lassen zu müssen. Das Aneurysma erschien ihm, trotz wahrnehmbarer Aortendilatation, dennoch am unwahrscheinlichsten, da in so hohem Alter zur Recurrenslähmung führende Rupturaneurysmen ihm noch nie vorgekommen sind.

6. Frau im Alter von 34 Jahren. Hier das einzige auffallende Röntgenbild. Patientin leidet 5 Jahren an mässigem Husten, vor 3 Jahren an 3 Tagen etwas blutiger Auswurf. Seit 2 Jahren Athemnoth und Herzklopfen. Selten mässige «Stiche» rechts im Arm und Schulter. Im Ganzen negativer Herz- und Gefässbefund, normaler Kehlkopf. Starke Schwellung der Hals und Armvenen rechts, Arm gedrungen. R. H. O. und vorne bis zur 4. Rippe intensive Dämpfung, Resistenz, schwächerer Pectoralfremitus und Bronchialathmen, kein Rasseln. Im Bereich der Dämpfung vorne deutliche Prominenz des Thorax und geringere Beweglichkeit, druckempfindlich. Deutliche Jugulumpulsation. Keine Gefässgeräusche. Normaler Herzbefund. Nach Immobilisirung des rechten Armes und der rechten Schulter Abnahme der Schwellungen und Prominenz, subjectiv gutes Befinden.

In diesem Falle ergab nun die Röntgenaufnahme einen tiefen, kreisrunden Schatten, scharf begrenzt, von der Grösse eines kleinen Thorax unterhalb der rechten Clavicula, im Zusammenhange mit dem sonst normalen Aortaschatten.

Gegen Tumor spreche die scharfe Grenze und genaue Kreislinie, gegen Echinococcus die Ectasie des Thorax, die ungewöhnliche Lage im oberen Lappen.

Alles stimmt zur Annahme eines der Aorta rechtsseitlich aufsitzenden, in die rechte Lunge durchgebrochenen, dort abgekapselten Rupturaneurysmas. Die Abwesenheit der Pulsation sei irrelevant, da diese beim Aneurysma oft vermisst werde.

Dr. v. Sengbusch macht auf die Ausbiegung der Wirbelsäule im letzten Falle aufmerksam und bemerkt ferner dass geringe Ausbuchtungen am Arcus aortas sehr häufig seien, die man aber bei der Durchleuchtung nicht sehe, sondern nur auf der photographischen Platte.

Dr. Krannhals erwähnt kurz einen Patienten mit Oesophagusstenose, bei welchem die Röntgendurchleuchtung einen grossen Tumor im Thorax aufdeckte, der sich auf andere Weise nicht constatiren liess.

Bei der Verlesung des Protokolls am 17. Mai 1900 macht Dr. Hampeln folgende ergänzende Bemerkung:

Um die rechts vom Sternum unter normalen Verhältnissen oft vorhandene Herzdämpfung von einer durch Hypertrophie resp. Dilatation des rechten Ventrikels bedingten zu unterscheiden, lasse man den linken Patienten die linke Seitenlage einnehmen, wobei die durch ein vergrössertes Herz verursachte Dämpfung rechts des unteren Sternalendes verschwinde, während bei Vergrösserung des rechten Ventrikels die Dämpfung bestehen bleibe, ja sogar deutlicher werde. So erinnere sich Redner einer jungen Dame, bei welcher der Percussionsschall rechts vom Sternum, trotz bestehender Mitralstenose, auffallend hell war, während in linker Seitenlage die Dämpfung deutlich hervortrat.

Diese Untersuchungsmethode sei indessen nur bei Personen im mittleren Lebensalter anwendbar, während im höheren die Rigidität der in Betracht kommenden Theile das Zustandekommen des Phänomens unmöglich mache.

d. Z. Secretär: Dr. A Bertels.

Sitzung am 17. Mai 1900.

1. Dr. W. Lieven stellt einen Patienten vor, bei welchem es sich vermuthlich um Encephalopathia saturnina handele.

Patient, ca. 50 Jahre alt, kam Anfang Mai d. J. wegen eines Bronchialcatarrhs in die Sprechstunde des Referenten. Bei ersten Anblick fiel ein eigenthümlich anämisches cachektisches Hautcolorit auf, es bestand Catarrh der grösseren Luftwege, Unterschenkelödem, Urin normal, Temperatur 38,0. Patient erhielt eine Mixtura solvens mit Tinctura opii benzoica.

Abends wurde Redner zum Patienten geholt und fand denselben comatös, röchelnd, fast pulslos, mit blutigem Schaum vor dem Munde. Nach den Aussagen der Angehörigen wäre Patient, 10 Minuten nachdem er den ersten Löffel der Mixtur eingenommen, in einen Starrkrampf» verfallen und es hätten sich Krämpfe in den oberen und unteren Extremitäten eingestellt. Redner dachte an die Möglichkeit einer Vergiftung, vielleicht in Folge von einem Versehen in der Apotheke und wollte eine Magenausspülung vornehmen, doch gelang die Einführung der Sonde weder durch den Mund noch durch die Nase. Dagegen erfolgte nach einer Apomorphininjection reichliches Erbrechen von Speiseresten. Patient erhielt noch Campher subcutan und erholte sich allmählich, es stellte sich aber grosse körperliche Unruhe ein, so dass Patient gehalten werden musste, nach Darreichung von Morphium verbrachte er die Nacht ruhig.

Als Vortragender den Patienten am nächsten Morgen besuchte, bemerkte er einen Bleisaum und die nähere Nachfrage ergab nun, dass Patient viel mit Bleiglätte zu thun hatte, dass er schon Koliken gehabt und an Schwindelanfällen gelitten hatte. Die Anämie sollte sich erst in den letzten Tagen eingestellt haben; Patient gab auch Parästhesien

in den Händen an, sowie dass er manchmal schlecht fühle. Die Hämoglobinbestimmung des Blutes nach Gowers ergab 48 pCt.

Redner wirft die Frage auf, ob der epileptiforme Anfall auf eine chronische Bleivergiftung zu beziehen sei und meint, diese Frage bejahen zu müssen.

Es liege vermuthlich Encephalopathia saturnina vor; dafür spreche, dass schon in der letzten Zeit vor dem Anfalle sich ein gewisser geistiger Verfall bemerkbar gemacht habe. Patient habe viel gegessen, habe unter sich gelassen; gegenwärtig habe man den Eindruck, dass Patient nicht bei vollem Verstande sei. Die Parästhesien im Radialgebiet deuten auf degenerative Vorgänge in diesem Nerven hin, was ebenfalls für Bleivergiftung charakteristisch sei.

Dr. Deubner weist darauf hin, dass epileptiforme Anfälle bei Bleiintoxicationen nicht so selten seien; er selbst erinnere sich eines jungen Mannes mit Bleisaum, welcher in aufgeregtem Zustande in seine Abtheilung gebracht wurde und bei welchem sich bald eklamptische Anfälle einstellten, während welcher der Puls oft kaum fühlbar wurde, was übrigens kein Zeichen von Herzschwäche zu sein brauche. Das Rasen dauerte bei diesem Patienten längere Zeit, so dass er 8 Tage lang in der Isolirzelle gehalten werden musste. Koliken waren in diesem Fall nicht vorhanden gewesen. Redner stimmt Dr. Lieven darin bei, dass der von ihm beobachtete eklamptische Anfall auf Bleivergiftung zu beziehen sei.

Dr. Lieven: Zur Krankengeschichte des heute demonstrirten Patienten wäre noch hinzuzufügen, dass derselbe jetzt umhergeht und auch davon spricht, bald wieder seine Arbeit aufzunehmen, doch bezweifelt Vortragender, dass er jemals dazu kommen werde, da nach Jaksch die Prognose bei Encephalopathia saturnina ungünstig sei.

Dr. Schönfeldt: Psychische Störungen bei Plumbismus sind in der That keine Seltenheit, namentlich findet man hier oft sehr hochgradige Gedächtnisstörungen, überhaupt Demenz, so dass man die Kranken, wenn man nicht weiss, dass sie gewerblich mit Blei zu thun haben, zunächst für Paralytiker zu halten geneigt ist. Dieses ist um so eher möglich als der Bleisaum und die Koliken vollständig fehlen können, oder wenigstens nicht angegeben werden. Ausser der Demenz kommen auch manchmal Delirien als Folge der Bleivergiftung vor; liegt in einem solchen Falle gleichzeitig Alkoholismus vor, so ist es schwer zu entscheiden, ob die Delirien auf Blei oder auf Alkohol zu beziehen sind. — Was die Prognose anbetrifft, so ist dieselbe bei jugendlichen Individuen nicht durchaus ungünstig; Leute, die vollkommen invalide in Behandlung kamen, hat Redner später wieder erwerbsfähig werden sehen, allerdings ist ja andererseits auch einer seiner Patienten unter epileptischen Erscheinungen zu Grunde gegangen. Bei Dr. Lieven's Patienten hält Redner die Prognose allerdings auch für ungünstig und zwar, weil es sich hier um eine Combination mit Senium incipiens handelt. Ob hier in der That Encephalopathia saturnina vorliege sei auf Grund der vorliegenden Untersuchungsergebnisse nicht mit Sicherheit zu entscheiden, man könnte auch an Urämie denken. Wünschenswerth sei auch eine opthalmoskopische Untersuchung; fände sich bei derselben eine Neuroretinitis mit Hämorrhagien in der Retina, so wäre das eine Bestätigung der Diagnose: Encephalopathia saturnina.

Dr. Lieven: Eine opthalmoskopische Untersuchung fehle allerdings, den Urin aber habe er 3 Mal untersucht und jedes Mal normal gefunden.

Redner erwähnt noch des von Dumoulin als charakteristisch für Bleivergiftung angegebenen Symptoms, das in einer Schwarzfärbung der mit Schwefelnatriumlösung bepinselten Haut bestehe. Redner hat bei 30 Personen, welche gewerblich mit Blei zu thun hatten, diesen Versuch angestellt und immer positive Resultate erhalten, jedoch nur, wenn er die Haut ohne weitere Vorbereitung mit der Schwefelnatriumlösung bepinselte, niemals aber, wenn die Haut einer vorgängigen gründlichen Säuberung unterzogen worden war. Somit habe das Symptom nur den Werth eines Nachweises für das äussere Haften des Bleies auf der Haut, sei aber nicht für eine Intoxication beweisend.

Dr. Hampeln hält, trotz des normalen Urinbefundes, eine Urämie nicht für ausgeschlossen, — freilich könne ja die die Urämie verursachende Nephritis ihrerseits wieder auf einer Bleivergiftung beruhen. Dass der Urin trotz wiederholter Untersuchung frei von Eiweiss und Cylindern gefunden worden, könne bei einer Schrumpfniere sehr wohl vorkommen; um eine solche auszuschliessen, sei noch eine Beobachtung der Harnquantität und des specifischen Gewichtes erforderlich. Ferner eine Untersuchung des Augenhintergrundes und des Gefässapparates, besonders sei auf das etwaige Vorhandensein einer Hypertrophie des linken Ventrikels zu achten.

Dr. Lieven: Die an 3 Tagen vorgenommene Urinuntersuchung hat eine 24stündige Menge von ca. 1500 Ccm. und ein specifisches Gewicht von ca. 1016 ergeben. Der Harn nach dem Anfall, wo man nach der starken körperlichen Bewegung am ehesten Eiweiss erwarten konnte, ergab eine negative Hellersche und Kochprobe; desgleichen die Abendharne von 2 anderen Tagen.

2. Dr. v. Bergmann hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber den Murphyknopf».

Redner knüpft an die Mittheilungen an, welche er schon früher in der Gesellschaft über den Murphyknopf, sowie über dessen Modification den resorbirbaren Frank'schen Knopf gemacht hat. Der Frank'sche Knopf erfreue sich keines Beifalls. Der decalcinirte Knochen, aus dem er hergestellt werde, werde oft zu früh und ungleichmässig resorbirt; auch die übrigen resorbirbaren Knöpfe würden, wenigstens in Deutschland, wenig gebraucht, dagegen sei der Murphyknopf sehr verbreitet. Czerny wende ihn immer an; Kocher's Urtheil sei, dass eine gute Darmnaht vorzüglich sei, ein Murphyknopf sei aber besser als eine schlechte Darmnaht; bei grosser Spannung sei ein Murphyknopf immer vorzuziehen, ebenso, wenn die Darmwand brüchig sei, wie so oft bei Darmocclusionen.

Redner selbst hat in letzter Zeit immer den Murphyknopf angewandt und damit bessere Resultate erzielt als früher mit der Naht. Sehr zu achten habe man auf die Güte des Fabrikats, da in Deutschland viele minderwerthige Producte in den Handel kämen. Oft sei der Knopf zu scharfrandig und in Folge dessen würde das eingeklemmte Stück des Darmes zu früh von dem übrigen Darm gelöst, besonders bei morscher, brüchiger Darmwand. Ferner sei es bei sehr dilatirtem Darm schwierig, das richtige Caliber für den Knopf zu treffen; nehme man ihn zu gross, so sei die Passage des gelösten Knopfes gefährdet; nehme man ihn zu klein, so sei es schwierig den Schluss zu bewerkstelligen.

Redner demonstrirt ein Radiogramm, auf welchem 2 Monate nach der Application eines Murphyknopfes der letztere noch nachweisbar war. Es handelte sich um eine Frau, welche wegen einer 5 Tage lang bestehenden inneren Incarceration am 22. März 1900 operirt wurde; 65 Ctm. Darm mussten resecirt werden; die beiden zu vereinigenden Darmenden waren sehr morsch und brüchig, der Knopf liess sich leicht in das centrale Darmende bringen, in das periphere musste er hineingezwängt werden. Es wurden um den Knopf noch die Serosen vernäht, so dass eine Invagination entstand. Es zeigten sich leichte Temperatursteigerungen, am 26. März erfolgte der erste Stuhl, am 17. Tage nach der Operation entstand eine Kothfistel, zuerst mit reichlicher Kothentleerung, später aber entleerte sich nur Schleim, ohne Kothbeimengung. Patientin hatte jetzt täglich spontanen Stuhl, sie erholte sich sehr gut. Bei mehrfachen Röntgenaufnahmen war der Knopf nachweisbar. Pat. wurde mit demselben entlassen.

In einem zweiten Fall fand sich neben einer incarcerirten Hernie eine blutige Suffusion des Darmes in 3 M. Ausdehnung. Nach Redners Meinung handelte es sich um eine Axendrehung, ohne dass sich jedoch eine Incarcerationsfurche fand. Es wurden $3^1/_2$ M. Darm resecirt, die Darmenden durch den Murphyknopf vereinigt. Es bildete sich eine Kothfistel, durch welche auch der Knopf zu Tage trat. Die Kranke ging nach $3^1/_2$ Wochen zu Grunde, hauptsächlich wohl an Inanition in Folge der ausgedehnten Darmresection; wie sich bei der Section herausstellte, waren ihr nur 165 Ctm. Dünndarm verblieben.

In einem dritten Falle wurden bei einem Manne von über 60 Jahren wegen einer gangränösen incarcerirten Hernie eine Anastomose zwischen Dünndarm und Coecum angelegt und geschah die Vereinigung mittels des Murphyknopfes. Am Tage nach der Operation gingen Blähungen ab, nach einigen Tagen erfolgte der erste Stuhl, Pat. ist genesen entlassen.

Wenn es auch scheint, als ob bei Anwendung des Murphyknopfes häufiger Kothfisteln entstanden, so ist es andererseits hervorzuheben, dass die Naht in allen den Fällen, wo die Darmwand nicht gesund ist, gar nicht mehr anwendbar ist. Natürlich muss man, wenn man in solchen Fällen den Murphyknopf anwendet, tamponiren. Hat man dieses gethan, so ist selbst die Gefahr des vorzeitigen Durchschneidens gar nicht so gross, da zu der Zeit des Durchschneidens sich immer schon genügend Adhäsionen gebildet haben; übrigens ist das frühzeitige Durchschneiden fast immer zu vermeiden. da es entweder an einem schlecht gearbeiteten Murphyknopf liegt oder an schlechtem Einnähen. Murphy hat zum Einnähen eine besondere Naht angegeben.

Der kleine Nachtheil des frühzeitigen Durchschneidens wird noch dazu reichlich aufgewogen durch den grossen Vortheil, dass durch den Murphyknopf freie Passage gewährleistet wird, während bei Anwendung der Naht sich oberhalb der Vereinigungsstelle oft eine Stagnation ausbildet, die ihrerseits wieder zu einer Resorption schädlicher Stoffe führt.

Eine Illustration des oben Gesagten werde geliefert durch eine Patientin, die Redner im März d. J. operirt habe. Es handelte sich um eine Darmstenose, sonst anscheinend normale Verhältnisse. Es wurde eine Resection vorgenommen, die Darmenden quer durch die Naht vereinigt. Pat. starb und bei der Section fand sich eine colossale Erweiterung des Darmes oberhalb der Nahtstelle. Goss man unter starkem Druck Wasser in den erweiterten Theil, so erfolgte kein Abfluss, dabei war keine wesentliche Verengerung an der Nathstelle vorhanden. Die Lichtung des Darmes oberhalb der Vereinigungsstelle betrug 16 Ctm., an der Vereinigungsstelle selbst 3 Ctm. und unterhalb derselben 4 Ctm. In Folge hatte sich Decubitus der Schleimhaut gebildet und von hier aus war wohl die tödtliche Infection ausgegangen.

Vortragender hat sich nachträglich Vorwürfe darüber gemacht, dass er in diesem Falle nicht den Murphyknopf verwandt hat.

Dr. Fr. v. Berg: Ein Nachtheil des Murphyknopfes sei dessen Schwere; er breche oft an einer Stelle durch, wo man es nicht wünsche. Bisher habe Stahl oder Nickel das Material zur Herstellung der Murphyknöpfe geliefert, vielleicht liesse sich aber Aluminium dazu verwenden oder es fände sich ein resorbirbares Material, dass gleichmässig resorbirt würde. So wie die Dinge jetzt lägen, sei er dafür, nach Möglichkeit die Naht zu verwenden.

Dr. Miram richtet an Dr. v. Bergmann die Frage, ob er bei Anwendung des Murphyknopfes Serosa über Serosa nähe.

Dr. v. Bergmann: Sonst wohl, im letzten Falle nicht.

d. Z. Secretär: Dr. A. Bertels.

Sitzung am 6. September 1900.

Dr. Th. Schwartz hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Erkrankungen des Conus medullaris und der Cauda equina. (Erscheint im Druck.)

Dr. Berthels hat den ersten Pat. des Dr. Schwartz im Anfang seiner Erkrankung behandelt. Es war damals nichts weiter als eine einseitige Ischias zu finden, wie auch Dr. Ed. Schwartz bei einer Consultation constatiren konnte. Bemerkenswerth sei noch, dass einige Zeit vor dem Auftreten der Ischias sich an beiden Füssen eigenthümliche Erscheinungen einstellten, die Redner sich damals nicht erklären konnte. Es zeigten sich nämlich auf dem Rücken und den Seitenflächen beider Füsse rothe erhabene, unregelmässig gestaltete Flecke von mehreren Quadratcentimetern Ausdehnung. Sie lagen in der Haut, fühlten sich heiss an und verursachten dem Pat. Schmerzen, bei Application von Eis und Hochlagerung verschwanden sie in einigen Tagen, während an anderen Stellen neue entstanden, so dass die Erscheinung im Ganzen einige Wochen dauerte. Redner wirft die Frage auf, ob es sich hier vielleicht um die erste Aeusserung der später manifesten Caudaerkrankung gehandelt haben könne.

Dr. Ed. Schwarz weist darauf hin, dass die Differentialdiagnose zwischen den Erkrankungen des Conus und der Cauda für die Therapie von grosser Wichtigkeit sei. Bis zum Erscheinen der Müller'schen Arbeiten galten als Unterscheidungsmerkmal nur das Vorhandensein oder Fehlen von fibrillären und fasculären Zuckungen und von dissociirten Empfindungslähmungen. Nun stellte sich in einem der Strümpell'schen Fälle, in welchem auf Grund der eben erwähnten Symptome eine Conuserkrankung angenommen worden war, bei der Section heraus, dass die Cauda ergriffen war; diese Section ist sehr wichtig, weil sie zeigt, dass Dissociation der Empfindungslähmung nicht nur bei Krankheiten des Rückenmarks, sondern auch bei Neuritis vorkommt.

In der Strümpell'schen Klinik sind in $1^{1}/_{2}$ Jahren 7 einschlägige Fälle beobachtet worden. Redner hat im Krankenhaus 5 Fälle gesehen, auch der Fall 2 des Dr. Th. Schwartz hat zeitweise im Krankenhause gelegen. Redner hat, gleich Dr. T. Schwartz, eine Conuserkrankung bei ihm angenommen, diese Diagnose aber mit einem Fragezeichen versehen, da die langdauernden Schmerzen mehr für eine Erkrankung der Cauda equina sprachen. Nachher hat Redner den Patienten wiedergesehen und zwar in wesentlich gebessertem Zustande. Auch dieses spreche mehr für eine Caudaerkrankung, da man bei einer Conuserkrankung keine Restitution mehr erhoffen könne; ebenso spreche auch die allmähliche Entstehung mit vielfachen Intermissionen für die Cauda, — gegen eine solche spreche nur die Geringfügigkeit der Schmerzen.

Redner hat die 5 von ihm im Krankenhause beobachteten Fälle wissenschaftlich noch nicht verwerthet, weil bei sämmtlichen die Section fehlt und es ihm von keinem besonderen Werth zu sein scheint, unsecirte Fälle, bei welchen die Diagnose intra vitam so unsicher ist, wie bei den in Rede stehenden Patienten, mitzutheilen.

Redner weist noch auf die mikroskopischen Untersuchungen des Conus durch Müller hin, welcher in denselben gewaltige Unterschiede gegenüber dem übrigen Rückenmark gefunden hat: in der Höhe des 3. Sacralsegmentes hören die Pyramidenseitenstrangbahnen auf; in derselben Höhe schw[…] det die Menge multipolarer Zellen in den Vorderhörnern […] statt dessen erscheinen solche in der Uebergangszone […] schen Vorder- und Hinterhorn. Die Vorderhörner neh[…] an Volumen sehr ab und die vorderen Wurzeln wer[…] spärlicher; aus den Hinterhörnern strahlen nach vorne za[…] reiche Fasern ein, so dass die hintere Commissur verlor[…] geht. Aus der Region zwischen Vorder- und Hinterho[…] entstammen offenbar Fasern, die in directer Verbindung […] den hinteren Wurzeln stehen und die Hinterstränge enth[…] ten grössere Mengen absteigend degenerirender Fasern. w[…] Alles im stricten Gegensatz zur Structur des übrige[…] Rückenmarks steht. Fernere Untersuchungen wären se[…] erwünscht und würden entschieden noch weitere Aufklärun[…] gen auf diesem Gebiet geben; es sei zu hoffen, dass diese[…] anatomischen Unterschiede den Anlass zur Auffindung neue[…] differential-diagnostischer Merkmale zwischen den Erkran[…] kungen des Conus und des übrigen Rückenmarks abgeben werden.

Zum Schluss macht Redner noch auf die einschlägige[…] Arbeiten von Kocher aufmerksam, sowie auf diejenige[…] von Wichmann, welchem die Aufzeichnungen eines alte[…] Collegen, seines Lehrers Renz in Wiesbaden, zu Gebot[…] standen, — über die Beziehungen der einzelnen Rückenmark-Segmente zur Ausbreitung der Anästhesien resp. Hyperästhesien.

Dr. Schönfeldt hat den zweiten Patienten des Dr. Th. Schwartz auch gesehen. Es schien ihm eine acute Myelitis im Anzuge zu sein, daher dirigirte er Pat. sofort ins Krankenhaus. Kürzlich hat er ihn wiedergesehen und zwar in so wesentlich gebessertem Zustande, dass es schwer fallen würde, einen abgelaufenen myelitischen Process bei ihm nachzuweisen, da jetzt nur Hyperästhesien, sexuelle Insufficienz und Blasenstörungen beständen.

Anknüpfend an die beiläufige Bemerkung des Dr. Th. Schwartz, dass die Lues cerebri eine günstigere Prognose quoad vitam biete als Lues spinalis, äussert sich Dr. Schönfeldt dahin, dass dieser a priori wenig wahrscheinlich klingende Satz wohl nur insofern richtig sein werde, als die Lues cerebri meist schon in den ersten Stadien zur Kenntniss des Arztes und somit in rationelle Behandlung komme, weil die Symptome derselben den Patienten ungleich mehr beunruhigen und ihn oft geradezu zwingen, sich sofort behandeln zu lassen, während Patienten mit spinaler Lues sich oft erst an den Arzt wenden, wenn schon irreparable Processe vorhanden sind.

Dr. Th. Schwartz wendet sich gegen die Aeusserung des Dr. Ed. Schwarz, — Fälle ohne Section auf dem heute behandelten Gebiete seien bezüglich des Sitzes der Erkrankung zweifelhaft; in seinem ersten Falle weise der druckempfindliche Wirbel deutlich auf die kranke Stelle hin, — im zweiten Falle spreche die wesentliche Besserung keineswegs gegen eine Conuserkrankung. Die Literatur kenne eine grosse Menge von Fällen, wo bei Rückenmarkserkrankungen Wiederherstellung der gestörten Function eingetreten sei: oft bleiben nur Störungen von Seiten der Blase, des Mastdarmes und der Geschlechtsfunctionen übrig.

Dr. Stender hat einige der Müller'schen Fälle auf der Strümpell'schen Klinik gesehen. Die Diagnose ist bei keinem von ihnen mit Bestimmtheit gestellt worden und wurde oft täglich geändert.

d. Z. Secretär: Dr. A. Bertels.

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 1. bis zum 7. Juli 1901.

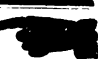
Zahl der Sterbefälle:

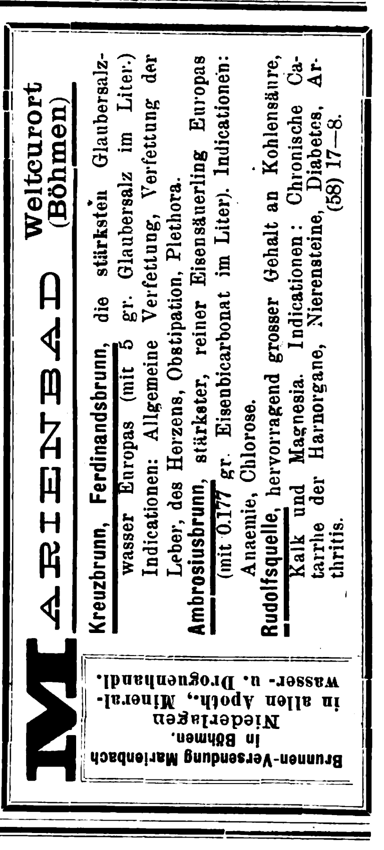
1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
459	334	793	231	88	137	27	14	29	62	53	42	42	32	27	6	3

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 31, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 39, Scharlach 13, Diphtherie 27, Croup 2, Keuchhusten 11, Croupöse Lungenentzündung 21, Erysipelas 5, Grippe 3, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 2, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 9, Tuberculose der Lungen 86, Tuberculose anderer Organe 9, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 51, Marasmus senilis 20, Krankheiten der Verdauungsorgane 219, Todtgeborene 28.





Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger und Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau **L. A. Bogoslawskaja**, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.
Ольга Свѣтлова, Сергіевск. д. 17, кв. 19
Frau **Catharine Michelson**, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Marie Mohl В. О. 1. л. 44, кв. 3.
Frau **Marie Kubern**, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.
Schwester Elise Tenisson, Невскій просп. д. 136, кв. 13.

Bahnstation: Muszyna—Krynica:
von Krakau 8 Stunden
» Lemberg 12 »
von Buda-Pest 12 »

Post: Loco 3 mal des Tages.
Telegraphenstation,
Apotheke.

KRYNICA

k. k. Cur-Anstalt in Galizien,

in den Karpathen 590 Meter Seehöhe. Von der Bahnstation eine Stunde sehr gut erhaltenen Fahrweges entfernt. Am Bahnhofe bequeme Wagen. Curmittel. Reichhaltigster Kalk-, Magnesia-, Soda-, Eisensäuerling an freier Kohlensäure sehr reichhaltige nach dem Schwarz'schen System erwärmte Mineralbäder. Ueberaus heilsame Moorbäder. Gasbäder aus reiner Kohlensäure. K. k. hydropatische Anstalt. unter der Leitung des Dr. **Ebers**. Flussbäder. Stärkendes subalpines Klima. In- und ausländische Mineralwässer. Kefir. Molken. Sterilisirte Milch. Heil-Gymnastik. Apotheke. Anstaltsarzt **Dr. L. Kopff** aus Krakau ordinirt bleibend während der ganzen Badesaison. Ueberdies ordiniren in Krynica noch 12 freipracticirende Aerzte.

Ausgedehnte Spaziergänge. Nadelholzpark gegen 100 Joch Flächenraum. 1500 Zimmer mit vollkommener Einrichtung. Röm. und gr.-kath. Kirchen. Restaurants-Pensionate. Lesehalle. Curhaus. Ständiges Musik-Orchester. Ständiges Theater. Frequenz im Jahre 1900 5880 Personen (106) 3—3.





PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen

Keuchhusten, Kehlkopf- u. Bronchialkatarrh.

Zu beziehen in Flaschen von ca. 250 gr. Inhalt durch jede Apotheke.
Literatur: siehe Therapeutische Beilage Nr. 7 d. D. med. Wochenschr. Nr. 27 (98); Nr. 56 d. A. M. C. Z. (99); Nr. 29 d. A. B. C. (99); Nr. 17 der Wiener Med. Bl. (1900); Wiener Aerztl. Centralztg Nr. 12 (1901).
Hergestellt in der Kommendanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.
Dépôts: Apotheker Ad. Marcinczik, Kiew
und Apotheker H. Bierstümpfel, Warschau, Marszalkowska 133.
(20) 26—14.

Das Handelshaus von **ALEXANDER WENZEL**, St. Petersburg, Erbsenstrasse 33.
Haupt-Niederlage,
Lieferant f. d. Landschaft, Regimenter, Krankenhäuser. Apotheken u. Droguengeschäfte

Verband-Material, Bandagen, Magenwärmer, Wachstuch, Schwämme, Pinseln, Thermometer (Maximal-, Zimmer- u. Fenster-). Barometer, Aerometer, Alcoholometer, Brillen, Pince-nez, Binocles, Lorgnettes für's Theater. Katheter, Bougies, Pulverisatore zur Zimmerpulverisation u. für die Desinfection.

ЦЕНТРАЛЬНОЕ ДЕПО ПЕРЕВЯЗОЧНЫХЪ ПРЕДМЕТОВЪ

Instrumente zu Verbänden zur Amputation, für Accoucheure u. s. w. Sätze für Aerzte und Feldscheerer. Zahnschlüssel, Zangen und Zubehör. Instrumente für Veterinairärzte. Schienen. Kopf- u. Zahnbürsten. Guttapercha- u. Hornkämme. Utensilien für die Massage.

Hauptagenturen für Milchmehl u. condensirte Milch von G. Nestle in Vevey.

Mikroskope Ernst Leitz

zu Fabrikpreisen empfiehlt **Moritz Goldberg**, St. Petersburg, **Woskressenskaja** № 11. (33) 1—1.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Schwester Const. Schmidt, Петерб. ст. Матвѣевская ул. д. 9, кв. 20.

Дозв. ценз. Спб., 19 Іюля 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 30 St. Petersburg, (10. August) 28. Juli. 1901

Ein Fall von Bradycardie.

Von

Dr. E. Fuhrmann.

(Vortrag, gehalten im Verein St. Petersburger Aerzte am 24. April 1901.)

Meine Herren!

Am 12. Juli d. J. wurde in die 3. Abtheilung des Obuchow-Frauenhospitals die 40jährige Bäuerin D. J. aus Kolpino aufgenommen mit Klagen über Schwellen der Füsse und über vorübergehende Schwindelanfälle. Aus der Anamnese ergab sich Folgendes:

Patientin ist seit 7 Jahren verheirathet — der Mann ist gesund, aber Trinker. Die Kranke selbst will nie krank, beziehungsweise in Behandlung gewesen sein. Alkoholmissbrauch und Lues werden in Abrede gestellt. Patientin hat 4 Mal, nach vollkommen normal verlaufener Schwangerschaft, gesunde ausgetragene Kinder geboren. Während der letzten Schwangerschaft im Jahre 1895 und nach der Entbindung schwollen ihr die Füsse und Unterschenkel an, doch war die Erscheinung nur vorübergehend. Pat. befand sich bei guter Gesundheit bis zum 8. Juli dieses Jahres. Nach angestrengter Arbeit den ganzen Juni hindurch, wobei Pat. hatte jäten und schwere Lasten tragen müssen, fühlte sie sich vollkommen wohl und bemerkte erst am 8. Juli, dass ihre Füsse und Unterschenkel über Nacht geschwollen waren. Zugleich stellten sich Flimmern vor den Augen und Schwindelanfälle ein. Da die Erscheinungen zunächst nicht schwer waren, setzte sie ihre Arbeiten fort, wandte sich aber darauf, als die Schwellung der Füsse nicht zurückgehen wollte, an den Arzt in Kolpino, welcher sie uns dann ins Obuchow-Hospital zuschickte, mit dem Vermerk, dass die Pulsfrequenz 24 pro M. betrage.

Status praesens: Pat. ist von hohem Wuchs und kräftigem normalen Körperbau, der Ernährungszustand ist ein guter, Fettpolster gut entwickelt. Die Haut und die sichtbaren Schleimhäute sind etwas bleich. — Die Haut fühlt sich feucht und kühl an. Am ganzen Körper ein mässiges Anasarca, die Haut über beiden Schienbeinen stark ödematös. Im Nacken, in den Axillarhöhlen und in den Inguinalfalten lassen sich kleine, nicht allzu harte Lymphdrüsen vollkommen schmerzlos palpiren. Die Zunge ist nicht belegt, die Zähne cariös. Uebelkeit oder Erbrechen hat Pat. nicht bemerkt. Beim Abtasten des Bauches leichte Empfindlichkeit in der Gegend des Pylorus. Zwei normale Stühle am Tage. Im Stuhle sind keine Parasiten gefunden worden. — Die Leber ist 2 Finger breit unterhalb des Rippenbogens palpirbar und druckempfindlich. Die Milz leicht vergrössert. Die Grenzen der Herzdämpfung sind zweifellos verbreitert: oben — der untere Rand der 3. Rippe, rechts — der rechte Sternalrand, links die linke Mamillarlinie. Ad apicem wird ein leichtes systolisches Geräusch auscultirt, welches übrigens über der Mitte des Brustbeins an Intensität zunimmt. Die übrigen Herztöne sind rein, klingen aber etwas gedämpft: der 2. Ton über der Art. pulmonalis leicht accentuirt. Die Frequenz der Herzcontractionen entspricht genau derjenigen des Pulses und beträgt zwischen 18 und 24 in der Minute. Ab und zu Arythmie geringen Grades. Die Pulsfrequenz wird durch körperliche Bewegung fast garnicht beeinflusst. Nach längerem Stehen Cyanose der Extremitäten. Der Puls von mittlerer Stärke, genügender Spannung, beträgt 18—24 Schläge in der Minute. — Wie aus der Pulscurve (Fig 1) ersichtlich, steigt die Pulswelle rasch an und giebt ein langsames und gleichmässiges diastolisches Absinken. An einigen Stellen lassen sich auf den absinkenden Schenkeln der Pulswellen secundäre Elevationen beobachten.

Die Temporalarterien, ebenso auch die Arteriae brachiales und radiales sind bedeutend sclerotisirt. In den Lungen überall vesiculäres Athemgeräusch, Athemfrequenz 26 in der Minute. — Die Percussion ergiebt nichts Unnormales. Die Kranke klagt über Schlaf- und Appetitmangel. Der Harn ist vollkommen klar, von leicht saurer Reaction. Harnmenge 1380 Ccm. bei einem specifischen Gewicht von 1013. Kein Eiweiss, kein Zucker. — Ergebniss der mikroskopischen Untersuchung negativ. Der Kranken wird strenge Bettruhe verordnet bei Milchdiät (1500 Ccm. Milch)[1]) — Innerlich wird verordnet:

Rp. Inf. rad. valer. ex. 4,0 : 180,0.
Tinct. nuc. vomic. 2,0.
MDS. 2stündlich 1 Esslöffel voll.

Am 14. Juli Pulsfrequenz = 24. (Fig. 2.) Respiration 20. Harnmenge 2200 Ccm. Sp. Gewicht 1007. Körpergewicht 183½ Pfd. Die Oedeme der Unterschenkel sind verschwunden. Herzgrenzen in statu quo. Die Herztöne sind etwas klarer. Arythmie nur nach längerem Umhergehen. Leber und Milz in statu quo.

Am 15. Juli Harnmenge 2000 Ccm., spec. Gew. 1009 — das Anasarka ist fast völlig geschwunden, die rechte Herzgrenze bis auf die Mitte des Sternum zurückgegangen.

Den 16. Juli: Pulsfrequenz 48, Respiration 18, Harnmenge 2350 Ccm., spec. Gewicht 1009. Körpergewicht 173 Pfd. die Herzgrenzen sind bis auf das Normale zurückgegangen, die Leber ist nicht mehr druckempfindlich, bedeutend kleiner.

[1]) Indem ausserdem die Wasserzufuhr auf 300 Ccm. beschränkt wird, erhält die Kranke 1800 Ccm. Flüssigkeit pro Tag.

Am 17. Juli: Pulsfrequenz 56, Harnmenge 3200 Ccm., spec. Gewicht 1010. Die Kranke klagt über Schlaflosigkeit. Von Seiten der inneren Organe lässt sich nichts Unnormales constatiren. Am Abend betrug die Pulsfrequenz bereits 84.

Am 18. Juli: Harnmenge 850 Ccm., spec. Gewicht 1013. Pulsfrequenz 84 in sitzender Stellung — 76 in liegender — 90 nach kurzem Umhergehen im Krankensaal. Körpergewicht 158 Pfd. Von Seiten der inneren Organe lässt sich nichts Abnormes constatiren.

Am 19. und 20. Juli idem (Fig. 4). Die Kranke verlässt das Hospital auf eigenes Ersuchen. Die Harnmenge beträgt 950 Ccm., spec. Gewicht 1019.

Ich möchte ferner darauf hinweisen, dass ich die Kranke nach ihrer Entlassung noch zwei Mal gesehen habe. Zuletzt am 4. August, wobei ich, wie aus Fig. 5 und 6 ersichtlich wiederum eine Unregelmässigkeit in der Pulsfrequenz beobachten konnte; auf den Curven lassen sich deutlich zwei Perioden beobachten, in deren einer die Pulswellen an Höhe und Länge die der anderen bei Weitem übertreffen, während die Wellen innerhalb derselben Periode sich durch vollkommene Gleichmässigkeit auszeichnen.

Die Pulsfrequenz schwankt darnach zwischen 54 und 60. Zwischen 64 während der einen und 80 während der anderen Periode[2]). Darauf verlor ich die Kranke leider aus den Augen.

Auf Grund des erwähnten klinischen Bildes glaubte ich mich berechtigt, die Diagnose auf Bradycardie zu stellen, aber ehe ich dieselbe zu erklären versuche, möchte ich mir erlauben einen kurzen Ueberblick der bezüglichen Literatur zu machen.

Schon Jenner im Jahre 1799 und Adams 1827 hatten Fälle von hochgradig verlangsamter Herzthätigkeit beobachtet, doch war es erst Stockes[3]) vorbehalten, den Symptomencomplex der Bradycardie zu formuliren, indem er von den Beobachtungen Adams[4]) ausgehend und unter Berücksichtigung der bis zum Jahre 1850 erschienenen Beobachtungen die Diagnose der Bradycardie an folgende 3 Symptome knüpfte:

1) Verlangsamte Pulsfrequenz.
2) Epileptiforme Anfälle.
3) Synkope.

Huchard[5]) hat dann später für die Form der Bradycardie den Namen Stockes-Adam'scher Krankheit vorgeschlagen. Aber nicht jede Form der Verlangsamung der Pulsfrequenz giebt das Bild Stockes-Adams'scher Krankheit, indem einerseits epileptiforme Zufälle und Synkope sehr gut wegbleiben können, andererseits aber die Pulsschläge bis auf 40 in der Minute und darunter fallen können, wobei wir nichts anderes als ein Symptom secundären Ranges vor uns haben, nicht aber eine Erkrankung sui generis.

So z. B. die verlangsamte Herzthätigkeit post partum, beim Ileotyphus, dem epicritischen Stadium der Pneumonia crouposa etc. etc. — Somit wäre es richtiger in den verschiedenen Fällen von einer essentiellen, resp. symptomatischen Bradycardie zu reden.

Grob[6]) war der Erste, der die Bezeichnung Bradycardie einführte, die gegenwärtig auch als allgemein angenommen gelten kann[7]). Am klarsten formulirt Rosenbach[8]) die Forderungen der Diagnose, indem er Folgendes verlangt: 1. Bestimmtes Ausschliessen a) einer Erkrankung des Hirns; b) eines Reizzustandes des N. vagus. — Andererseits verlangt er 2. das Vorhandensein: a) epileptiformer Zufälle; b) eine dem Anfall voraufgehende und denselben beschliessende Arythmie der Herzthätigkeit; c) eine nach einer gewissen Zeit eintretende normale Function des Herzens.

[2]) Siehe Curve V und VI zwischen x und x (64 Schläge) und y und y (80 Schläge).

[3]) Stockes: Dublin Quarterly journal 1846.

[4]) Stockes: Die Krankheiten des Herzens und der Aorta. 1854.

[5]) Huchard: Maladie du coeur et des vaissaux.

[6]) Grob: Ueber Bradycardie. Deut. Archiv für klinische Med. Bd. 42.

[7]) Nur die Franzosen reden constant von einem «pouls lent».

[8]) Rosenbach: Krankheiten des Herzens. 1896.

Im Uebrigen finden wir gerade auf dem Gebiete der Bradycardie eine verhältnissmässig geringe Literatur, namentlich wenn wir dieselbe mit den Arbeiten über die Beschleunigung der Herzthätigkeit vergleichen.

Wann aber sind wir berechtigt von Bradycardie überhaupt zu reden?

Die Mehrzahl der Autoren, mit Riegel[9]) an der Spitze, spricht überall da von Bradycardie, wo die Pulsfrequenz unter 60 Schläge in der Minute sinkt. Wo hingegen Rosenbach es bestreitet, 60 Pulsschläge in der Minute ohne Weiteres als unterste physiologische Grenze bezeichnen zu dürfen und jedes Mal eine Bradycardie diagnosticirt, sobald die Pulsfrequenz um mehr als 8 Schläge in der Minute gegen die, bei den gegebenen Individuen, normale Pulsfrequenz sinkt. Auf diese Weise fallen schon 68 Pulsschläge bei einem Individuum mit 76 gewöhnlichen Schlägen ins Gewicht. Auf diesen Auffassungen beruht wohl auch der auffallende Unterschied in der Beurtheilung der Häufigkeit der Bradycardie, indem Grob unter seinen 3578 Herzkranken 2,3 pCt., Riegel dagegen unter 7577 Herzerkrankungen 13,8 pCt. Bradycardie vermerkt (Rosenbach l. c.).

Nicht weniger verschieden sind auch die Eintheilungen der Bradycardie nach ihrem klinischen Bilde. Während z. B. Truffet[10]) von der Dauer der Krankheit ausgehend 2 Gruppen bildet und von transitorischer und permanenter Bradycardie redet, will Grob dieselbe in 3 Gruppen eingetheilt wissen: 1) physiologische, 2) idiopathische, 3) symptomatische Bradycardie. Doch kann man mit Riegel die betreffenden Fälle kurz als physiologisch oder pathologisch unterscheiden. In der That lassen sich die Fälle von Grob's idiopathischer Bradycardie bald als physiologisch, bald als pathologisch auffassen[11]). Wie dem auch sei, wir sehen die Bradycardie meistentheils auf dem Boden einer voraufgegangenen Entartung des Herzmuskels entstehen oder reflectorisch verschiedenartige Veränderungen an anderen Organen begleiten, wobei, wie Hertz und Lévy[12]) nachzuweisen suchen, jedes Mal entweder Ueberanstrengung oder Blutarmuth die Erscheinung hervorriefen.

Indem wir nun die uns weiter hier nicht interessirende reflectorische Bradycardie übergehen, will ich kurz diejenigen pathologischen Veränderungen herzählen, die den Boden für die Erkrankung bilden. Das sind: 1) Arteriosclerose. 2) Fettige Entartung des Herzmuskels. 3) Localisirte Sclerose der Kranzarterie. 4) Fibröse Myocarditis. 5) Stenose des Ostium aortae. 6) (höchst selten) Mitralstenose.

Dass diese Veränderungen die häufigsten Ursachen abgeben, betonen die meisten Autoren (Grob[13]), Riegel[14]), Rosenbach[15]), Sorbets[16]), Warthington[17]), Olshausen[18]), Kobert[19]), Morrison und viele Andere), doch ist in den einzelnen Fällen jedes Mal ein Hilfsmoment dieser oder jener Art zu constatiren. Hier mag Erwähnung finden, dass Dehio[20]) den Grund für die Bradycardie der Reconvalescenten im Herzmuskel sieht und seine Meinungen durch die be-

[9]) Riegel: Ueber Verlangsamung der Schlagfolge des Herzens.

[10]) Truffet: Etudes physiologiques et pathologiques sur le relentissement du pouls. Thèses du Lyon. 1881.

[11]) Grob: l. c.

[12]) Hertz und Lévy: Les pouls lent. Gazette des Hopitaux. 1895.

[13]) Grob: l. c.

[14]) Riegel: l. c.

[15]) Rosenbach: l. c.

[16]) Sorbets: Gazette des Hopitaux. 1883.

[17]) Warthington: Lancet 1841 — Schmidt's Jahrbücher 1893.

[18]) Olshausen: Centralbl. für Gynäkologie, 1881.

[19]) Kobert: Schmidt's Jahrbücher. Bd. 189.

[20]) Dehio: Arch. für klin. Medicin. Bd. 52.

kannten Versuche mit Atropin-Injectionen stützt. Dehio's[21]) Auffassung wird von den meisten anderen Autoren getheilt. Warum aber das degenerirte Herz auf die schädigenden Momente bald mit einer Beschleunigung, bald mit einer Verlangsamung seiner Schlagfolge antwortet, bleibt vor der Hand unaufgeklärt. — Als arbeitender Muskel ist das Herz denselben Gesetzen unterworfen, die für die Körpermuskeln gelten. Das Herz kann daher auf eine vermehrte Aufforderung mit grösserer Arbeitsleistung antworten, auf die Dauer muss es dabei erschlaffen und bedeutend an seiner Erregbarkeit verlieren. Bei gesunden Wöchnerinnen stellt sich oft eine rasch vorübergehende Bradycardie ein, deren Grund Olshausen und Kobert in einer Oleinsäure-Vergiftung durch die Resorption der fettig entarteten Gebärmutter sehen. Wenn man aber in Betracht zieht, dass das gesunde Herz während der Schwangerschaft sich an eine vergrösserte Arbeitsleistung gewöhnt hat, so ist es klar, dass dasselbe nach der Entfernung des gewohnten Hindernisses auch bei einer verlangsamten Thätigkeit den Anforderungen des Organismus gerecht werden kann. Ist nicht auch die epikritische Bradycardie vielleicht eine Folge der plötzlichen Verminderung des während der Pyrexie dauernd erhöhten Blutdruckes? Beobachtet man doch dieselbe vorwiegend nach sehr rasch verlaufenden Entfieberungen. In den übrigen Fällen, namentlich bei vorgeschrittenen Entartungen des Herzmuskels, wird der Grund der verlangsamten Schlagfolge wohl in seiner herabgesetzten Erregbarkeit zu suchen sein.

Endlich sei es mir gestattet, noch auf die Arbeiten von Leyden[22]) und Fräntzel[23]) hinzuweisen, die direct behaupten, dass das überangestrengte Herz bei seiner plötzlich eintretenden Erweiterung in gewissen Fällen seine Schlagfolge bedeutend verlangsamt.

Indem wir uns nun unserem Falle wieder zuwenden, glaube ich betonen zu müssen, dass die dem Bauernstande angehörige Patientin ihr Leben in schwerer physischer Arbeit zugebracht habe. Ziehen wir nun die Arbeiten des vergangenen Sommers in Betracht, wo Patientin abwechselnd viele Stunden hindurch mit vorn übergebeugtem Oberkörper jätete oder schwere Lasten zu tragen hatte, so sehen wir, wie an das Herz der Patientin die grössten Anforderungen gestellt wurden. Ist doch die oben angeführte Lage besonders geeignet, die Thätigkeit namentlich des rechten Herzventrikels in erhöhtem Masse hervorzurufen.

Wenn wir nun ein in dieser oder jener Weise krankhaft verändertes Herz voraussetzen, so lässt sich leicht, ähnlich wie in den Fällen von Leyden[24]) und Fräntzel[25]), eine plötzlich eintretende Herzerweiterung mit verminderter Erregbarkeit des Herzens und daraus resultirender Bradycardie erklären.

Die an unserer Kranken beobachteten Stauungserscheinungen würden in der Trägheit des Blutumlaufs ihre Erklärung finden und diese Annahme würde auch in dem Erfolge unserer Behandlung eine Stütze finden.

In der That liessen sich ja auch alle erwähnten Erscheinungen durch 5tägige Ruhe und leichte Tonisirung vollständig beheben. Der Umstand, dass eine gewisse Unregelmässigkeit der Herzthätigkeit 2 Wochen nach der Entlassung aus dem Hospital sich wieder bemerkbar machte, giebt uns vielleicht eine fernere Bestätigung der oben angeführten Meinung, dass es sich hier um einen pathologischen Herzmuskel handelt. Ob wir es aber mit einer Sclerose der Kranzarterie des Herzens oder einer fettigen Entartung zu thun hatten, mag dahin gestellt bleiben. Jedenfalls sehe ich keinen genügenden Grund den Fall als chronische Urämie anzusprechen, wie Rendu es in einem ähnlichen Falle gethan hat.

Auch halte ich es für unberechtigt, in einem Falle wie in diesem eine Lues einfach aus dem Grunde zu vermuthen, weil sie uns die Erklärung vielleicht erleichtern würde. Die Besonderheiten dieses Falles liegen in dem auffallend guten Allgemeinbefinden und in der leichten und sich durch grosse Stetigkeit auszeichnenden Rückkehr zur Norm. Ferner auch darin, dass das erweiterte Herz so leicht und sicher seine normalen Grenzen (wenigstens annähernd) wieder annahm.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Dr. Kernig für den mir freundlichst überlassenen Fall hier meinen aufrichtigen Dank auszusprechen.

[21]) Dehio: St. Petersburger Medicinische Wochenschrift. 1891.

[22]) Leyden: Herzkrankheiten in Folge von Ueberanstrengung. Zeitsch. f. klin. Med. Bd. 11.

[23]) Fräntzel: Vorlesungen über Herzkrankheiten. 1892.

[24]) Leyden: l. c.

[25]) Fräntzel: l. c.

Mittheilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 4. Oct. 1900.

Dr. Krannhals referirt über die beiden folgenden Fälle, welche übrigens in extenzo in der «Petersb. med. Wochenschrift» mitgeteilt werden sollen.

1. Ueber einen Fall von «Combination eines primären Scirrhus des ductus choludochus mit einer suppurativen Pancreatitis». Es bestand bei dem 43-jährigen Mann neben regelmässig nach dem Essen auftretenden Schmerzen in der Gallenblasengegend, ein chronischer, hochgradiger Icerus und ein kleiner Tumor in der Gallenblasengegend. Pat. starb am 3. Beobachtungstage plötzlich unter heftigen gallenkolikartigen Schmerzen. Die Section ergab den obigen Befund und ein grosses Haematom in der Bursa omentalis minor., höchstwahrscheinlich in Folge schubweise auftretender Pancreasblutungen. Durchbruch des Blutes aus dem Haematom in den Hauptperitonnalraum.

2. Ueber einen Fall von hochgradigen «Varicen des Oesophagus bei Lebercirrhose», welche zu abceundanten Blutungen geführt hatten.

(Autoreferat.)

Dr. Hampeln: sowohl das Carcinom der Gallengänge, als auch die hämorrhagische Pankreatitis sein so seltene Erkrankungen dass zumal ihre Combination und noch bei Hinzutreten von Eiterungen in Pancreas und Gallengängen wie sie in der ersten Beobachtung des Herrn Dr. Krannhals vorliege, der Diagnose die grössten, unüberwindlichen Schwierigkeiten bieten müsse. Redner selbst hat an einschlägigen Fällen in langjähriger Krankenhaus- und Privatpraxis nur einen scirrhus des ductus hepaticus und Carcinom des ductus choledochus beobachtet. Die in dem Falle des Dr. Krannhals deutlich fühlbare Gallenblase spreche seines Wissens mehr für Carcinom, als für Gallensteine. Sehr auffallend und die Diagnose der Cholangitis erschwerend sei noch die Abwesenheit des Fiebers.

Im zweiten heute referirten Fall sei natürlich das Nächstliegende gewesen an eine Lebercirrhose zu denken. Die Punction, von der man sich in solchen Fällen weitere Aufklärung hätte versprechen können, wurde nicht vorgenommen und hätte in diesem Falle auch nur irregeführt, da ein eitriger Inhalt der Bauchhöhle vorlag. Die Erwähnung eines solchen Vorkommens (nämlich Lebercirrhose mit eitrigem Bauchhöhleninhalt) vermisse Redner in der Literatur, er selbst habe dieses allerdings 2 Mal beobachtet. Es scheine, als ob das Peritoneum bei bestehender Lebercirrhose vulnerabler sei, als ob durch die letztere der Ansiedelung von Mikroorganismen Vorschub geleistet werde. Redner richtet an Dr. Krannhals die Frage, ob in seinem Fall Fieber vorhanden gewesen sei.

Dr. Krannhals: Die höchste Temperatur (Rectalmessung) war 37,5.

Dr. Hampeln: Auch in den von mir beobachteten Fällen war kein Fieber vorhanden, überhaupt fehlten die klinischen Erscheinungen der Paritonitis und nur die Punction erwies das Vorhandensein von Eiter in der Bauchhöle.

Was die Varicen des Oesophagus anbetrifft, so hat Redner nie einen solchen Fall gesehen, das sei offenbar ein Zufall, denn so ganz selten seien solche Fälle nicht, wie die neuerdings erschienenen Arbeiten über diesen Gegenstand beweisen.

Dr. Schabert: Es sei ein praktisch wichtiger diagnostischer Erfahrungssatz, dass ein stabiler schwerer Icterus,

wie er auch im heute referirten Fall 1 bestanden habe, für eine zur Stenose führende Erkrankung des Choledochus spreche, während Gallenblasenerkrankungen an sich keinen Icterus machen; daher solle man in Fällen, in denen ein solcher stabiler, schwerer Icterus vorliege, in erster Reihe an eine Choledochuserkrankung denken und erst, wenn sich eine solche ausschliessen lasse, andere Dinge in Erwägung ziehen. Es sei ihm daher aufgefallen, dass Herr Dr. Krannhals hier in erster Linie eine Gallenblasenerkrankung ins Auge gefasst habe.

Dr. Krannhals: Die Veranlassung, an die Gallenblase zu denken, wäre in diesem Falle der streng auf die rechte Seite localisirte Schmerz gewesen; übrigens habe er, wenn er hier von der Gallenblase gesprochen, gleichzeitig auch die grossen Gallengänge mit verstanden wissen wollen.

Dr. Hampeln bemerkt gegen Dr. Schabert, dass bei Gallenblasenerkrankungen Icterus zwar nicht vorhanden sein brauche, aber doch gelegentlich vorkomme; sei er aber in solchen Fällen vorhanden, so sei er auch stabil. Für eine Erkrankung der Gallenblase aber spreche in diesem Falle, wie auch Dr. Krannhals hervorgehoben, die Localisation des Schmerzes.

Dr. Krannhals hebt noch die Grösse des Milztumors (21 Ctm.) in seinem zweiten Falle hervor. Es sei schwer zu glauben, dass derselbe durch Stauung allein zu Stande gekommen sein könnte, vielmehr wird man durch diesen Fall wieder auf die Möglichkeit hingewiesen, dass der bei Lebercirrhose zu beobachtende Milztumor nicht eine Folge der Lebererkrankung, sondern derselben vielleicht coordinirt sei, etwa in der Weise, dass eine und dieselbe Schädlichkeit einerseits die Lebercirrhose, andererseits den Milztumor erzeuge.

d. Z. Secretär: Dr. A. Bertels.

Sitzung vom 18. October 1900.

Dr. Ed. Schwarz hält seinen angekündigten Vortrag «über Erb'sche Krankheit (Myasthenia gravis pseudoparalytica (Jolly). Asthenische Bulbärparalyse (Strümpell)».

Redner referirt über einen 42jährigen Kranken B., der am 24. Januar a. c. in seine Abtheilung aufgenommen und am 17. Februar entlassen wurde.

Der Kranke zeigte neben einem negativen Organbefunde das Bild einer allgemeinen Erschöpfung, klagte über Stirnkopfschmerz, ass wenig, zeigte kühle Extremitäten, war leicht cyanotisch und litt unter grossem Durst; dieser Zustand erreichte einmal durch Stehen von 15—20 Min. eine so bedenkliche Höhe, dass von einer beabsichtigten Untersuchung Abstand genommen werden musste. — Ausfallsymptome des Nervensystems waren nicht vorhanden, speciell keine Ptosis; auch waren keine Augenmuskellähmungen, war keine Erschwerung der Sprache, kein näselnder Beiklang derselben, keine Erschwerung des Schluckens vorhanden. Auch der mimische Gesichtsausdruck war ein normaler, die Kaumuskeln contrahirten sich in normaler Weise, der weiche Gaumen reagirte normal. Die Sensibilität war am ganzen Körper in allen Qualitäten geprüft vollkommen normal; die Pupillen reagirten auf Licht und Convergenz vollkommen normal, das Kniephänomen war vorhanden und nicht gesteigert.

Nur die Stellung der Schultern war eine abnorme, sie boten das Bild dar, wie es bei Dystrophia musculorum progressiva beobachtet wird und schienen sowohl der Cucularis als der Serratus ant. major rechts mehr wie links gelähmt zu sein; die Schultern zeigten Schaukelstellung; überraschender Weise reagirten aber die Muskeln auf den Willensreiz in fast normaler Weise, die Schultern konnten der WS. genähert, die Arme zur Vertikalen erhoben werden, die Muskeln waren auch nicht atrophisch, sondern fühlten sich nur welk an, zeigten aber neben leicht träger Reaction auf den faradischen Strom die von Jolly zuerst genauer beschriebene «myasthenische Reaction», nur mit dem Unterschiede, dass diese für den faradischen Strom ausgesprochen war und für den Willensreiz in ungleich geringerem Masse vorhanden war. Aehnliches sei auch schon von Murri gesehen worden.

Die Störung sei 2 Tage vor der Aufnahme des Patienten plötzlich Nachts entstanden, nachdem Pat. 3 Wochen vorher schon einmal auf dem Heimwege Abends plötzlich so schwach geworden war, dass er nicht weiter gekonnt, sich aber bald erholt hätte. Pat. hätte bis 2 Tage vor seiner Aufnahme als Zimmermann gearbeitet, in den letzten 3 Monaten wohl dann und wann eine Schwäche in den Schultern gespürt, sich aber sonst wohl gefühlt. Die Eltern seien in höherem Alter gestorben, hätten so wie seine Geschwister an ähnlichen Erkrankungen nicht gelitten. Potus und Lues habe nicht vorgelegen. Die Erkrankung habe mit Schwäche in den Armen und im Nacken begonnen. Pat. habe den Kopf vom Sternum nicht erheben können und habe diese Unmöglichkeit noch bei der Aufnahme am Abend des 24. Januar a. c. bestanden, sei aber am Tage der Untersuchung am 25. Januar Morgens geschwunden gewesen.

Vortragender zeichnet in kurzen Zügen das Bild der von Jolly so benannten höchst interessanten Myasthenia gravis pseudoparalytica, wie es von diesem, von Erb, von Strümpell, Kalischer, Goldflam und Anderen beschrieben worden ist und zeigt, dass die Erkrankung durchaus nicht immer mit bulbären Symptomen beginnen müsse, obwohl die Mehrzahl der Fälle bulbäre Symptome sowohl im Beginn als im Vordergrunde des Krankheitsbildes zeige, was zuerst Erb bewog die Erkrankung von einer Störung des Bulbus abhängig zu machen und Strümpell Veranlassung gegeben hat den Namen «asthenische Bulbärparalyse» zu proponiren. Vortragender zeigte weiter, dass ein Fall mit Betheiligung der Schultermuskulatur seines Wissens noch nicht beobachtet worden ist; dass die grössere Erschöpfbarkeit der Muskeln auch den faradischen Strom im Gegensatz zum Willensreiz wohl als ein Frühstadium der Erkrankung aufzufassen sei, der faradische Strom somit ein feineres Reagens darstelle, wofür Analogien existirten.

Ferner sei an dem Kranken B. das Uebergreifen der Erschöpfung eines Muskels auf andere, weder vom Willensnoch vom faradischen Reiz incommodirte Muskeln besonders deutlich und wohl auch in dieser Deutlichkeit zum ersten Mal demonstrirt worden.

Der merkwürdige Zustand sei vermuthungsweise auf eine Intoxication zurückzuführen und sprächen dafür: 1) Erfahrungen, die Goldflam bei einer mindestens ebenso merkwürdigen Erkrankung der «familiären paroxysmalen» Lähmung gemacht hat, und weiter 2) Analogien, die bei Intoxication mit Alkaloiden speciell mit dem Protoveratrin von Böhm gemacht worden seien, welches letztere ähnliche Erschöpfungs-Erscheinungen der Muskeln hervorrufe wie sie die myasthenische Reaction aufweise. — Aehnliche Reactionen der Muskeln kämen öfters zur Beobachtung: 1) an vom Grosshirn aus gelähmten Extremitäten, und wären neuerdings 2) von Mosso und seinen Schülern an Muskeln von durch geistige Arbeit stark ermüdeten Menschen demonstrirt worden.

Alle diese Erfahrungen liessen im Verein mit den Lehren der Physiologie von der Ermüdung der Muskeln an eine Intoxication glauben, doch sei die Pathogenese des Krankheitsbildes bisher noch dunkel. Die Anschauung einer Intoxication werde am Kranken B. durch den grell hervortretenden Allgemeinzustand nur noch wahrscheinlicher gemacht.

Es wäre von grossem Interesse gewesen, die besonders befallenen Muskeln, hier den rechten Cucullaris mikroskopisch zu untersuchen, dahingehende Bemühungen blieben beim Kranken B. erfolglos.

Durch die Erscheinungen des Allgemeinzustandes veranlasst, hat der Vortragende den Kranken während seines Krankenhausaufenthaltes mit Thyreoideatabletten behandelt; die Wirkung wäre eine anscheinend günstige gewesen, doch wäre möglicherweise auch die absolute Ruhe, die Pat. pflegte, allein für die Besserung heranzuziehen.

Für die therapeutischen Versuche, die in solchen Fällen mit dem Veratrin oder Physostigmin gemacht werden sollten, da diese Alkaloide der myasthenischen Reaction entgegengesetzte Zustände in Muskeln erzeugten, liess Pat. Vortragendem keine Zeit, indem er sich durch die Besserung veranlasst sah, gegen den dringenden Rath des Arztes das Krankenhaus zu verlassen. Die Therapie habe vor allen Dingen in absoluter Bettruhe zu bestehen, da durch geringe Ermüdung lebensgefährliche Erscheinungen beobachtet worden seien. Ein Kranker Jolly's erstickte an einem Stück Fleisch, als er beim Kauen ermüdete, obgleich das Stück Fleisch sofort entfernt wurde. Der Erschwerung des Schluckens sei nie mit der Schlundsonde zu Hilfe zu kommen, da durch die heftigen Würgbewegungen lebensgefährliche Zustände erzeugt werden könnten. Oppenheim sei so ein Kranker zu Grunde gegangen. Die Uebung der schwachen Muskeln sei unbedingt zu unterlassen. Die grössere Anzahl der bisher beobachteten Fälle sei zu Grunde gegangen; die geringere Anzahl sei gebessert resp. geheilt entlassen worden, doch seien von diesen Letzteren einige später bei anscheinend vollkommen normalem Befinden plötzlich unter Erstickungserscheinungen zu Grunde gegangen.

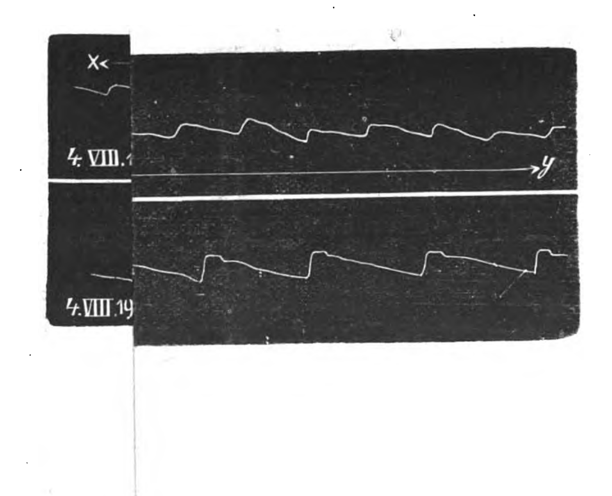
(Autoreferat.)

Dr. Schönfeldt: Dr. Schwarz habe schon betont, dass die Entstehung und das Wesen der heute behandelten Krankheit eine dunkle sei. Sei bei ihr auch oft die Medulla oblongata betroffen, so doch nicht immer, z. B. auch im Falle des Dr. Schwarz, stehe die Oblongata nicht im Vordergrunde der Erscheinungen. Man könne daher von dieser Krankheit nur ganz allgemein sagen, dass es sich bei ihr um eine Erkrankung der motorischen Sphäre handle, wobei der Sitz der Krankheit irgend eine Stelle der motorischen Leitungsbahn zwischen den corticomotorischen Centren und

der Endausbreitung der Nerven im Muskel sein könne. Daher sei es unthunlich die Krankheit in Beziehung zu bringen zur Bulbärparalyse, resp. sie Pseudobulbärparalyse zu nennen, unthunlich aber auch, in solchen Fällen die Krankheit nach einem Autor zu bezeichnen. Namentlich denjenigen Collegen,

Die Symptome einer Traubenmole sind oft gering und inconstant, lassen in Folge dessen selten eine bestimmte Deutung zu.

Die partiellen Degenerationszustände des Chorion, welche sich nur auf einzelne Hydatidenblasen beziehen oder nur einen



lichen Ausräumung wegen sind kein ... blasen nachzuweisen.

Vortragender geht über die Aetiologie des Leidens, der vielen streitigen Punkte wegen, hinweg, als nicht in den Rahmen der Demonstration passend.

Mit Molenschwangerschaften hätten die Aerzte glücklicher Weise selten zu thun; so wären z. B. im «Centralblatt für Gynäkologie» im letzten Jahrgange nur 5 Fälle angeführt. Im hiesigen Krankenhause seien 3 zur Beobachtung gekommen, in seiner Privatpraxis hätte Vortragender nur einen Fall erlebt.

zeigte Präparat betrachtet habe, finde sich keine Ruptur der Uterus.

Dr. v. Holst bestätigt, dass eine Uterusruptur nicht vorliege; der Tod sei jedenfalls als Verblutungstod aufzufassen.

Dr. v. Stryk bittet ferner um nähere Auskunft über die beim zweiten Fall erwähnte Geschwulst.

Dr. v. Holst: Es handle sich hier offenbar um ein Hämatom.

2. Dr. A. Schabert hält seinen angekündigten Vortrag: «Die experimentelle Diagnose der Lyssa».



Vortragender berichtet über die Ergebnisse von Impfungen mit dem Virus der Strassenwuth, die er auf Veranlassung der Sanitätscommission angestellt hat, um den letzten wissenschaftlichen Beleg der in Riga herrschenden, aber von einer agitatorischen Gruppe bezweifelter Tollwuthepidemie zu demonstriren. Das Resultat war folgendes:

Vom Ende April bis Ende September wurden 7 brauchbare Thierköpfe eingeliefert und auf Kaninchen verimpft: 5 vom Thierarzt als Lyssa bezeichnete Köpfe ergaben alle ein positives Resultat; die Passagethiere erkrankten am 17., 17., 18., 19. und 22. Tage; ein von einem Laien eingelieferter Kopf ergab ein negatives Resultat; das gebissene Kind ist gesund geblieben (über 80 Tage); missglückt ist ein Versuch, in dem das Kaninchen 24 Stunden nach dem Eingriff unter dem Bilde der Jackson'schen Epilepsie einging. Vortragender benutzte 6 Mal die von Pasteur und Roux inaugurirte subdurale Methode, wobei er mit vollkommenem Erfolge den Trepan durch einen feinen Hohlmeissel ersetzte, mit dem ohne vorherige Periostablösung ins Schädeldach ein Spalt geschlagen wird, gross genug, um eine Hohlnadel durchzubringen. Die von Helmann zuerst angegebene, von Marx als «fast absolut sicher» bezeichnete intramusculäre Methode ergab im 7. Fall ein positives Resultat, nur dauerte es bis zur Erkrankung des Kaninchens 22 Tage.

Die experimentelle Diagnose kann als einwandsfrei betrachtet werden, wenn das geimpfte Kaninchen 17—20 Tage vollkommen gesund bleibt und zu diesem Termin unter dem Bilde einer höchst charakteristischen acuten Paralyse in 1 bis 2 × 24 Stunden verendet. Vortr. hält in der Praxis die experimentelle Diagnose nur dann für nothwendig, wenn die klinische Diagnose nicht gestellt werden konnte. Von 107 ins Koch'sche Institut eingelieferten Thierköpfen, die von thierärztlicher Seite als Lyssa agnoscirt waren, ergaben wenigstens 95 pCt. positive Impfresultate.

Nach den bisher gemachten Erfahrungen könne man für die hiesigen Verhältnisse ein Gleiches behaupten, das sei für die Praxis ein erfreuliches und sehr wichtiges Resultat. Der Werth der von Laien gemachten Diagnosen sei hingegen sehr niedrig anzusetzen, wie die Statistik Tardieu's ergebe, der 46,7 pCt. Morbidität bei beglaubigter und nur 7,7 pCt. Morbidität bei unbeglaubigter Lyssa erhielt. Die für die Praxis nothwendigen Gesichtspuncte fasst Vortragender in folgenden Thesen zusammen:

1) Die experimentelle Diagnose der Lyssa ist ein unentbehrliches Hilfsmittel zur Klärung aller zweifelhaften Fälle, im Interesse einer einwandsfreien Morbiditätsstatistik und zur endlichen Klarlegung der Erfolge der Pasteur'schen Schutzimpfungen.

2) Sie kann unterbleiben, wenn die Diagnose «Strassenwuth» von einem Fachmanne klinisch gestellt werden konnte.

3) Der technische Apparat ist nicht derart, dass ihre Durchführung nicht überall möglich wäre; bei Verwendung der intramuskulären Methode sei Alles was man brauche: ein Kaninchen und eine Spritze.

4) Da die Lyssa in erster Reihe im Hinblick auf die gefährdeten Menschen bekämpft werde, so sollten die Aerzte resp. ärztliche Institute sich nicht weigern, die experimentelle Diagnose in erster Reihe selbst in die Hand zu nehmen.

(Autoreferat.)

Dr. Th. Schwartz: Gegenwärtig sei mit Hilfe des Thierexperiments der sicherste Beweis für das Vorhandensein von Lyssa zu erbringen, leider dauere es aber geraume Zeit bis man auf diese Weise zum Ziele komme; da sei es dann freudig zu begrüssen, dass man in den letzten Jahren auch anatomischen Veränderungen, welche die Diagnose der Lyssa ermöglichen, auf der Spur sei. Goldscheider und Flatau hätten nämlich atrophische Zustände an den Dendriten der Nervenzellen, speciell Veränderungen der färbbaren Substanz gefunden. Chantemesse sei mit Hilfe der Nissl-schen Methode zu ähnlichen Resultaten gelangt. Er habe nämlich gefunden, dass die Nervenzellen durch bestimmte Gifte in charakteristischer Weise verändert würden. Bei Tetanus, in ähnlicher Weise auch bei Strychninvergiftung, zeigten die Nissl'schen Körperchen bestimmte Anschwellungen. Das Zustandekommen dieser Veränderungen würde aber beim Tetanus durch das entsprechende Antitoxin verhindert resp. verzögert.

Sei man vorläufig auch noch nicht so weit, dass man nach diesen Veränderungen sichere Diagnosen stellen könne, so sei die Erreichung dieses Zieles, speciell für die Lyssa, doch von der nächsten Zukunft zu erhoffen.

Dr. Wolferz 1: Da die Richtigkeit der Ergebnisse von Goldscheider's Untersuchungen noch nicht genügend feststehe, sei man vorläufig noch auf die Impfung angewiesen. Redner regt die Frage an, ob es nicht namentlich im Interesse unserer Landbevölkerung angezeigt sei, eine Bekanntmachung zu erlassen, man möge die Köpfe wuthverdächtiger Hunde zur Sicherstellung der Diagnose einsenden.

Redner richtet an Dr. Schabert die Frage, wie lange das Virus der Lyssa in getrocknetem Zustande wirksam bleibe.

Dr. Schabert: In getrocknetem Zustande geht das Wuthgift nach kurzer Zeit zu Grunde, gerade das Austrocknen sei ja eine Methode zur Abschwächung desselben; dagegen könne man es in Wasser oder Glycerin Monate lang aufbewahren.

Dr. Wolferz 1: Es scheine doch, als ob das Virus unter besonderen Umständen sehr lange infectionsfähig bleiben könne. Von einem durchaus zuverlässigen Collegen sei ihm folgender Fall berichtet: Eine Frau sei von einem tollwüthigen Hunde gebissen worden, wobei ihr aber nur das Kleid zerrissen, dagegen keine Körperverletzung zugefügt worden sei. Die Frau habe das Kleid fortgehängt und erst nach 2 Jahren wieder hervorgeholt, um den Riss auszubessern. Bei dieser Gelegenheit habe sie sich mit der Nadel, die eben das inficirte Kleid passirt hatte, in den Finger gestochen und sei bald darauf an Lyssa erkrankt. In diesem Falle müsse die Infection von dem am Kleide angetrockneten Wuthgift ausgegangen sein, denn selbst angenommen, die Frau habe 2 Jahre vorher beim Biss eine kleine von ihr nicht bemerkte Hautwunde davongetragen, so sei eine Incubationszeit von 2 Jahren nach der übereinstimmenden Ansicht der neueren Autoren eine Unmöglichkeit. Es sei vielleicht denkbar, dass auch die Erreger der Hundswuth unter besonderen, noch nicht näher bekannten Umständen im Stande seien, Dauersporen zu bilden, welche eine so lange Austrocknung ertrügen.

Dr. Schabert: Die baldige Vernichtung des Wuthvirus durch Austrocknung stehe so unzweifelhaft fest, dass man in dem von Dr. Wolferz erzählten Fall eher eine 2jährige Incubation annehmen müsse als die Infection mit dem trockenen Virus. Die Möglichkeit einer Incubationszeit bis zu 10 Jahren sei keineswegs ausgeschlossen.

Dr. Wolferz 1: In vielen Fällen, wo man die Abtödtung des Wuthgiftes der Austrocknung zugeschrieben habe, möge vielleicht nicht die Austrocknung als solche das wirksame Agens gewesen sein, sondern die gleichzeitige Einwirkung des Lichtes. In diesem Falle wäre es erklärlich, wenn das inficirte Kleid, das in einem dunkeln Schrank gehangen habe, seine Virulenz so lange behalten habe.

Dr. Thilo weist beiläufig auf die Analogie mit Schlangengift hin, dass in trockenem Zustande 22 Jahre lang wirksam bleibe, in feuchtem nicht so lange.

Dr. v. Bochmann: Das Verhalten des Schlangengiftes lasse selbstverständlich keine Schlüsse auf dasjenige anderer Gifte zu; die Eigenschaften jedes einzelnen müssten für sich geprüft werden.

Was die Untersuchungen Dr. Schabert's anbetreffe, so sei es überaus dankenswerth, dass durch dieselben endgiltig nachgewiesen sei, dass wir es in Riga wirklich mit Lyssa zu thun haben. Zwar sei schon durch ausländische Experimente hinlänglich bewiesen, dass eine von sachverständiger Seite gestellte klinische Diagnose genügend zuverlässig sei, aber namentlich im Hinblick auf die bei uns in Scene gesetzte Agitation gegen den Hundefang sei es von grossem Werth, dass dieser Beweis auch für Riga erbracht sei. Leider habe diese Agitation es erreicht, dass sofort mit dem Nachlass der Epizootie auch die Massregeln gegen dieselbe gemildert werden mussten und das Resultat davon sei, dass die Lyssa bei uns auch heute noch nicht erloschen sei.

Dr. Zwingmann regt die Frage an, ob es nicht, um der erwähnten Agitation entgegenzuarbeiten, zweckmässig wäre, die von Dr. Schabert erhaltenen Resultate in der Tagespresse zu veröffentlichen.

Dr. O. Klemm erklärt sich mit den Intentionen Dr. Zwingmanns ganz einverstanden, doch werde man durch die Veröffentlichung der Schabert'schen Versuche der Agitation kaum wirksam begegnen können, die Agitatoren würden fragen, was denn aus den gebissenen Menschen geworden sei.

Dr. v. Bochmann: Es sei während der letzten Epizootie freilich nur ein Fall von Lyssa humana in Riga bekannt geworden, das liege wohl daran, dass fast alle Gebissenen sich zur Behandlung in die Pasteur-Institute begeben hätten. Ausserdem sei es keineswegs ausgeschlossen, dass ausser dem einen im Stadtkrankenhause behandelten Fall, es noch andere Fälle gegeben habe, welche garnicht zur Kenntniss der Aerzte gekommen seien.

Dr. Schabert spricht sich gegen Dr. Zwingmanns Vorschlag einer Veröffentlichung aus. Gegen eingefleischte Vortheile liesse sich mit Vernunftgründen schwer ankämpfen, andrerseits müsse man befürchten durch Mittheilung der an lebenden Thieren vorgenommenen Versuche einen neuen Sturm zu erregen.

Redner weist nochmals auf die grosse Wichtigkeit der experimentellen Diagnose der Lyssa in allen zweifelhaften Fällen hin, namentlich da die anatomische Diagnose bisher im Stich lasse und man auch für die Zukunft nicht viel von ihr erwarten könne. Insbesondere für eine genaue Statistik der Pasteur'schen Schutzimpfungen sei es unbedingt erforderlich, in jedem einzelnen Fall genau zu wissen, ob der beissende Hund wuthkrank gewesen oder nicht.

d. Z. Secretär: Dr. Bertels.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Schwester Const. Schmidt, Петерб. ст. Матвѣевская ул. д. 9, кв. 20.

Дозв. ценз. Спб., 26 Іюля 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 31 St. Petersburg, 4. (17.) August. **1901**

Drei Fälle von Nasenrachengeschwülsten.

Von
P. Hellat, St. Petersburg.

(Vorgetragen im Verein St. Petersburger Aerzte.)

Die Symptomatologie der Nasenrachengeschwülste, besonders einzelner Arten derselben, ist in den letzten Jahrzehnten dank dem Aufblühen der Rhinologie sehr ausgearbeitet und in das wissenschaftliche Bewusstsein der Aerzte aufgenommen worden. Nichtsdestoweniger giebt es Fälle, die so larvirt verlaufen, dass sie sogar dem Specialarzt wenig geläufig sind, Jahre lang unerkannt bleiben und zu Trugschlüssen Veranlassung geben. Andere dagegen erregen das Interesse durch schwere Miterkrankungen von Nachbarorganen, bedingt durch die Localisation dieser Geschwülste.

Die 3 Fälle, für welche ich heute Ihre Aufmerksamkeit einige Minuten erbitten möchte, scheinen mir zu solchen zu gehören.

Der erste Fall

ist relativ der gutartigste und uncomplicirteste. Er bietet nur in diagnostischer Hinsicht Interesse und könnte auch in Bezug auf die Entstehungsweise zu Meinungsverschiedenheiten führen.

Es handelt sich um eine Frau von mittleren Jahren, die Mutter eines Collegen, welche vor 2 Jahren von einem Lastfuhrmann überfahren wurde. Wie der Wagen über sie hinweg rollte, kann sie nicht mehr angeben. Jedenfalls fiel sie auf den Hinterkopf hin und zog sich einen complicirten Unterschenkelbruch zu.

Sie war recht lange bettlägerig und als sie endlich wieder auf den Beinen war, konnte sie sich doch nicht gesund fühlen. Sie litt beständig an Schnupfen und eigenthümlichen Störungen von Seiten der Nase und des Nasenrachenraumes: Die Stimme oft heiser, beim Gähnen ein Druck im Halse, leichte Schmerzen in den Nasenbeinen. Die Nase fällt häufig, besonders beim Hinlegen auf die linke Seite, völlig zu. Einathmung ist noch möglich, Ausathmung ganz aufgehoben.

Zeitweise Schwellung und Jucken in den Ohren; Kurzathmigkeit.

Durch alle diese Beschwerden ist die Frau stark nervös geworden.

Sie selbst konnte im Verlaufe von 2 Jahren den Gedanken nicht los werden, dass sie etwas in oder hinter der Nase habe, entstanden vielleicht dadurch, dass sie lange Zeit, wie sie sagt, «im Eise liegen musste».

Ihr Sohn aber und der sie beobachtende Laryngologe waren geneigt, den ganzen Symptomencomplex der Neurasthenie zur Last zu legen. Darauf hin wurde denn auch zumeist behandelt.

Am 1. September 1898 wandte sich Frau G. an mich.

Weder die Rachenorgane noch die Nase bieten bei Rhinosk. ant. etwas Pathologisches. Die Rhinoskopia posterior ist wegen erhöhter Reizbarkeit und des engen Isthmus ad epipharyngem stark erschwert. Dadurch ist es zu erklären, dass bis dahin bei ihr trotz vielfach von ihrem Arzt ausgeführter Rhinoskopia posterior nichts ermittelt werden konnte. Bei einer besonders günstigen Spiegelwendung gelingt es für einen Moment über dem weichen Gaumen am rechten Choanalrande eine eigenthümliche bläuliche Verfärbung und Vorwölbung wahrzunehmen. Dasselbe glaubte ich nun auch, nachdem ich es vom Rachen aus gesehen, von vorne durch das rechte Nasenloch erblicken zu können.

Um den Nasenrachenraum näher in Augenschein zu nehmen, zog ich nach genügender Cocainisation mit dem Lindschen Haken das Velum nach vorne.

Jetzt erblickt man ganz bequem rechts auf dem weichen Gaumen in der Ecke, wo derselbe mit der Lateralwand der Choane zusammenstösst, eine pflaumengrosse Geschwulst von stahlblauer Färbung und vollständig glatter Oberfläche.

Bei der Palpation erweist sie sich weich, aber doch prall.

Die Färbung, Consistenz und Oberfläche sichern die Diagnose: Cyste des Nasenrachenraumes, fraglich bleibt noch der Inhalt.

In Anbetracht der eigenthümlichen Färbung drängte sich die Vermuthung auf, dass es sich um eine Art Blutcyste oder Hämatom handle. Diese Vermuthung lag um so näher, als die Anamnese dafür zu sprechen schien.

Am folgenden Tage wurde die Exstirpation im Beisein von Dr. Ilisch, dem ich die Geschwulst demonstriren konnte, und dem Sohne der Patientin vorgenommen.

Es wurde zunächst beschlossen die Cyste in eine kalte Schlinge zu fassen. Sollte das nicht gelingen, nun so blieben Incisionen mit langgestieltem Bistouri resp. Galvanocauter in Reserve. Mit der Schlinge versuchte ich zunächst durch den Mund. Allein die grosse Reizbarkeit wie überhaupt die Schwierigkeit, die Geschwulst von hier aus dem Auge sichtbar zu machen, vereitelten den Versuch. Dagegen machte das Anlegen der Schlinge von der Nase aus keine Schwierigkeiten. Ein leichter Zug und die Kapsel riss ein. Im selben Moment fliesst eine ziemliche Menge von seröser Flüssigkeit durch die Nase und den Mund ab. Fast gar kein Blut. Eine sofortige Nachuntersuchung ergab, dass die

Kapselreste sich retrahirt hatten. Ein weiteres Fassen derselben war unmöglich.

Bereits unmittelbar nach der Operation empfindet Patientin eine bedeutende Besserung. Nach einigen Tagen liess sich auch von den Kapselresten nichts mehr entdecken.

Im Frühjahr, also ungefähr nach einem halben Jahre, habe ich die Patientin wieder gesehen.

Die oben geschilderten Unbequemlichkeiten und Beschwerden sind zum grössten Theile geschwunden, aber ihre Nervosität ist sie leider nicht ganz los geworden; hin und wieder glaubt sie vielmehr an eine ähnliche Geschwulstbildung in der anderen Seite.

Eine möglichst genaue Untersuchung konnte nichts an den Tag fördern. An der Stelle der Cyste vollständig normale Verhältnisse.

Der zweite Fall

betrifft einen hiesigen Apothekenbesitzer von 43 Jahren. Er leidet seit langer Zeit an einem plötzlich sich einstellenden sozusagen unmotivirten Schnupfen. Jede Kleinigkeit: Zug, warme. kalte Füsse etc. zieht ihm eine fliessende Nase zu. Seit dem Sommer des vergangenen Jahres hat er ausserdem einen Ausschlag der Oberlippe, die längere Zeit von mehreren Specialcollegen für Hautkrankheiten erfolglos behandelt wurde. Die Diagnose schwankte zwischen einem einfachen Eczem und Sycosis.

Wenn schon der immer wiederkehrende Schnupfen den Patienten reizte und gezwungen hatte oftmals eine specialistische Hilfe nachzusuchen, so wurde er jetzt bei der Vergesellschaftung desselben mit dem Exanthem besonders misstrauisch und geradezu hypochondrisch.

Den Bemühungen Dr. Manassein's, in dessen Behandlung er zuletzt stand, war es mittlerweile gelungen das Exanthem zu bekämpfen, jedoch bei der für den Patienten sehr peinlichen Bedingung stets mit rasirtem Schnurrbart zu gehen. Dazu verursachte jede kleine Störung erneuten Anfall, besonders wenn der Schnupfen sich hinzugesellte. Diese letztere Beobachtung erweckte bei Manassein den Verdacht, dass das ganze Leiden eventuell mit dem Nasenübel im Zusammenhang stehen könnte und deshalb dirigirte er den Kranken zu mir zur Begutachtung. Am 2. Februar 1899 sah ich ihn zum ersten Male.

Rhinosk. ant. ergab nur leicht sammetige Schleimhaut, keine Hypertrophie und auch keine sichtbare Ursache für den Schnupfen.

Bei Rhinosk. post. aber liessen sich zwei pralle, etwa klein kirschgrosse Geschwülstchen am Rachendach entdecken. — Beide symmetrisch gelegen in der Uebergangsstelle des Gewölbes in die hintere Wand, also in der Gegend der 3. Tonsille.

Diagnose: Cystische Entartung der Luschka'schen Tonsille; die immer wiederkehrende Coryza vermuthlich im Zusammenhang mit dieser Abnormität. Der Causalconnex derselben mit dem Lippenexanthem nicht sicher, aber höchst wahrscheinlich.

Prognose: Für den Schnupfen günstig und falls ein Zusammenhang des Exanthems mit dem Schnupfen besteht, so ist sie gleich günstig auch für das Exanthem.

Die Entfernung der Cysten führte ich mit meinem Adenotom aus. Sie gelang vollständig und ohne jede Schwierigkeit.

Der Schnupfen hörte, nachdem die Reizerscheinungen, welche der Wundverlauf setzt, verschwunden waren, auf und nicht lange darnach gaben sich auch die Reizerscheinungen auf der Haut.

Gegenwärtig ist Patient, so viel ich weiss, vollständig gesund.

Dritter Fall[1].

Wenn die zwei ersten Fälle für die Therapie ein günstiges Feld boten, nahm der letzte einen traurigen Ausgang. Es handelte sich nämlich um ein Carcinom des Nasenrachenraumes.

Die Krankengeschichte dieser im Allgemeinen seltenen Localisation des Carcinoms ist folgende:

Patientin, Frau eines Collegen, 43 Jahre alt. Im April des verflossenen Jahres bemerkte sie einen leichten Schnupfen, der im Sommer sich besserte, aber gegen den Herbst wieder bemerkbarer wurde; dabei verlegten sich die Ohren. — Zu Anfang December fiel das linke Ohr vollständig zu und am Ende desselben Monats zeigte sich eine Blutung aus der Nase, die 5 Tage anhielt.

Erst dieses Symptom bewog Patientin, die im Allgemeinen einer sehr guten Gesundheit sich erfreute, sich um Hilfe umzusehen.

Sie ging durch mehrerer Laryngologen Hände und wurde endlich in Anbetracht der Schwere des Leidens zu Professor Ratimow dirigirt. Hier wurde die Diagnose: Bösartiger Tumor, wahrscheinlich Sarcom des Nasenrachenraumes gestellt. Stückchenuntersuchung schien die Annahme zu bestätigen.

Im Hinblick auf die Verbreitung der Geschwulst und die schlechte Prognose der Operationen bei bösartigen Geschwülsten dieser Gegend überhaupt wurde von einer eingreifenden Radicaloperation mit einer temporären Oberkieferresection oder einem anderen vorbereitenden Eingriff abgesehen. Erleichterung, vielleicht sogar zeitweilige Heilung konnte auch ein schonenderes Vorgehen, z. B. nach Art der Adenotomie, bringen.

Eine solche Operation auszuführen, forderte Professor Ratimow mich auf.

Die Untersuchung am 2. Februar a. c. ergiebt eine kräftig gebaute, gesunde Frau. Die Ocularinspection des Nasenrachenraumes zeigt eine flache Geschwulst, welche die ganze hintere Wand bis zum Gewölbe einnimmt und auch auf die Seitenwände, besonders links, sich fortzusetzen scheint. Das Gewölbe ist nicht sichtbar.

Ihre Oberfläche hochroth, mit kleinen Höckern wie mit Granulationen besetzt.

Consistenz fest, bei Berührung leicht blutend; eine Abgrenzung von den Seitenwänden wie Tubenwülsten nicht durchzufühlen.

Am 24. Februar Operation. Unter Chloroformnarkose entfernte ich die ganze Geschwulst mit meinem breiten Adenotome bis zum Periost der Wirbelkörper, und räumte hernach, soviel es möglich war, mit dem scharfen Löffel die Seitenwände aus.

Die Blutung recht stark, wird aber durch Tamponade vollständig gestillt.

Eine genaue mikroskopische Untersuchung, im Laboratorium der Klinik ausgeführt, ergiebt, dass es sich um ein Carcinom handelt.

In der ersten Zeit nach der Operation fühlte sich die Patientin sehr wohl, sie athmete frei, hatte keine Blutung; das Gehör besserte sich, fast gar keine Schmerzen.

Objectiv aber kein beruhigender Befund: Im oberen Segment beider Choanen und in den Rosenmüller'schen Gruben, besonders links, werden bald markige Massen sichtbar. Mit einem Hartmann'schen Adenotom werden auch diese entfernt und Patientin konnte die Klinik verlassen.

Am 22. März zeigen sich wieder ähnliche Massen und zwar auch rechts. Die Entfernung derselben gelingt sehr unvollständig; weder scharfer Löffel noch Hartmann'sche Curette ist genügend. Dazu kommt noch ein störendes Moment.

Nach jedem Eingriff in der Rosenmüller'schen Grube werden die Tubenwülste von beiden Seiten bis in die Medianlinie gezogen und verharren in dieser Stellung mehrere Minuten lang. Dadurch wird der Einblick in diese Gegend vollständig aufgehoben und die Sprache gewinnt einen nasalen Beiklang.

Um tiefer einzugreifen, habe ich auch den Galvanocauter versucht. Doch schien dieses Vorgehen die Geschwulstbildung eher zu beschleunigen; ausserdem stellten sich darnach starke Kopfschmerzen ein.

Um diese Gegend doch besser reinigen zu können, liess ich mir schliesslich eine drehbare Curette nach Art des Adenotoms anfertigen. Dieses Instrument scheint thatsächlich für die Seitenwände sehr geeignet zu sein. Aber hier war der rechte Moment bereits verpasst. Wegen der peinlichen Nachbarschaft der Carotides int. musste dazu gewisse Vorsicht beobachtet werden.

Von Mitte April an liess sich die Neubildung nicht mehr bekämpfen.

Wenn ich den weiteren Verlauf noch schildern möchte, so geschieht das nur deshalb, weil bei der Zerstörung, der nun ein Organ nach dem andern zum Opfer fiel, so manche Eigenthümlichkeit beobachtet werden konnte.

Zunächst will ich erwähnen, dass unsere Voraussetzung, der Exitus werde ziemlich bald durch eine Carotidenblutung erfolgen, sich nicht bestätigte.

Gegen Ende April wird die linke Seite der Zunge paralysirt, das Schlucken erschwert.

In den ersten Tagen im Mai gewinnt die Stimme einen eigenthümlichen Beiklang. Das linke Stimmband unbeweglich in der Medianlinie; sehr starke linksseitige Kopfschmerzen. Puls 128 in der Minute. Es waren also Zeichen von linksseitiger Vaguslähmung vorhanden und uns drängte sich die Voraussetzung auf, dass eine baldige Herzlähmung dem Leiden ein Ende machen werde. Aber auch diese Voraussetzung bestätigte sich nicht. Die Krankheit ging ganz ruhig ihren Gang weiter. Das Schlucken von Tag zu Tag immer schwieriger; wird vermittelst der Schnabeltasse gefüttert. Auch auf diese Weise war Schlucken nur in der Horizontallage auf der rechten Seite mit Mühe möglich.

Der Speichel und Schleim, den sie weder herunterschlucken noch aushusten kann, stört den Schlaf. Kopfschmerzen weniger.

Gegen Ende Mai verlangsamt sich der Puls, ist um 100 herum; das Schlucken etwas freier.

[1]) Im «Wratsch» Nr. 34, 1900 bereits veröffentlicht.

In der ersten Hälfte Juni unerträgliche Kopfschmerzen rechts; der Puls wechselnd, schnellt zuweilen in die Höhe, bis zu 120 und darüber, ist dann wieder Tage lang um 90 herum.

Um den 20. Juni Verlangsamung in den Bewegungen des rechten Stimmbandes constatirbar, das linke Stimmband dagegen führt leichte Excursion bei Phonationsversuchen aus.

28. Juni: Das rechte Stimmband steht in der Medianlinie still; das linke behält gewisse Bewegungsmöglichkeit, erreicht aber nicht die Medianlinie.

Das Phoniren wird äusserst schwierig. Bei jedem Versuch zu reden, kommt sie ausser Athem.

Es treten zeitweilige Fieberbewegungen auf; starke Abmagerung; Fütterung vermittelst Schlundsonde. Die Rachenwände und der Larynx anästhetisch.

12. Juli: Das linke Stimmband behält zeitweise Bewegungsmöglichkeit; seine Excursionen betragen 1—2 Mm. Rhima glottidis länglich oval, behält während der Phonation und der Athmung fast dieselbe Form. Die Stimme kaum wahrnehmbar. Die Geschwulst nimmt den ganzen Nasenrachenraum ein und drängt sich auch in die Choanen.

Am allerquälendsten gestaltet sich die Entfernung von Schleim. Jede Ansammlung desselben ruft Hustenstösse und darnach folgende langgedehnte dem Hahnengeschrei gleichende Inspirationen hervor. Dennoch kann der Schleim nicht entfernt werden; wird ausgewischt. Puls 114.

19. Juli: Der rechte Augapfel kann lateralwärts über die Medianlinie nicht hinaus bewegt werden. — Die Zunge vollständig atrophisch, kaum beweglich. Mehrere Tage Erbrechen und Durchfälle.

26. Juli: Patientin giebt kaum irgendwelche Töne von sich; beide Stimmbänder unbeweglich in Cadaverstellung mit stark ausgehöhlten Rändern.

Vollständige Unmöglichkeit sich verständlich zu machen. Auch das Flüstern unmöglich. Puls 134.

Am 9. August endlich tritt die Catastrophe bei vollem Bewusstsein durch Herzlähmung ein.

Es bleibt mir nicht viel zu den Krankengeschichten hinzuzufügen. Betreffend die Cyste am Choanalrande wäre es von Interesse zu entscheiden, ob dieselbe thatsächlich traumatischer Natur war, wie es von vornherein den Anschein hatte, oder aber zu irgend einer Kategorie der wahren Cystenbildung gehörte.

Wenn man die Seltenheit der Cystenbildung dieser Region in Betracht zieht und die Anamnese andererseits im Auge hat, so wird die Annahme nahe gelegt, dass es sich thatsächlich um ein traumatisches Product gehandelt hat. Die spontane Cystenbildung im Nasenrachenraum wird fast nur, wie in unserem zweiten Fall, in der Gegend der 3. Tonsille beobachtet, oder aber vielmehr nach vorne, d. h. in der Nase. Hier stösst man z. B. bei Polypenextractionen gar nicht selten auf Flüssigkeitsansammlungen. Einmal, erinnere ich mich, traf ich in einem vom Nasendache ausgehenden Polypen auf ganz ähnlich breiigen Inhalt, wie wir bei Atheromen zu sehen gewohnt sind.

Am Naseneingange am vorderen Ende der unteren Muschel habe ich bei einer Frau eine doppelseitige Cyste mit einem gallertigen Inhalt incidirt. Endlich erinnere ich mich noch einer jungen Dame, bei der eine Cyste am vorderen Ende der unteren linken Muschel sass und einen leicht eitrigen Inhalt enthielt.

Wie selten die Cysten im Nasenrachenraum anzutreffen sind, erhellt schon daraus, dass Mikulicz und Kümmel, welche die Frage der Nasenrachengeschwülste kürzlich bearbeitet haben, bei einer Literaturangabe von nahezu 700 Nummern nur auf 3 Mittheilungen hinweisen, welche auf diese Cysten bezogen werden könnten. Im Original waren sie mir nicht zugänglich.

1895 berichteten in der American Laryngological Association Wright, Newcomb und Longmaid über eigene Beobachtungen von Nasenrachencysten. Doch sind die Angaben im «Centralblatt für Laryngologie» so unvollständig, dass man nicht entscheiden kann, von wo dieselben ausgingen. Es ist wahrscheinlich, dass es sich um Cysten der Luschka'schen Tonsille gehandelt hat.

Was die Symptomatologie derselben anlangt, so dürfte sie kaum von der der übrigen Nasenrachentumoren, welche keine Neigung zur Wucherung haben, verschieden sein. Behinderung der Nasenathmung mit allen ihren Folgeerscheinungen, Sprachstörung, verstärkte Schleimsecretion, vielleicht auch Husten, das sind die Cardinalsymptome.

Durch alle diese Erscheinungen wird natürlich eine genaue Untersuchung der Nase und des Nasenrachenraumes nahe gelegt. Wird dieselbe mit Geduld und einiger Dexterität ausgeführt, so muss man wohl immer zur richtigen Diagnose gelangen. Wenn das Aussehen auch täuschen könnte, die Palpation wird es ergänzen. — Wenn Cysten immer eine charakteristische Färbung haben sollten, wie im beschriebenen Falle, so würde ein einziger Anblick zur Diagnose genügen. — Nahe liegend ist aber die Annahme, dass sie gewöhnlich von der der Choanalpolypen nicht viel abweicht.

Man darf der Färbung in dieser Gegend nicht grosse diagnostische Bedeutung beimessen. Denn es scheint, dass hier eigenthümliche Reflexionsverhältnisse obwalten, die je nach der Lage der zu betrachtenden Gegenstände ganz verschiedene Schattirungen geben. Bekanntlich sehen die unteren hinteren Muschelenden weissgrau wie ödematös aus. Neulich beobachtete ich einen Fall, wo das eine Ende die gewöhnliche, das andere eine hellbräunliche Färbung aufwies.

Unüberwindliche Schwierigkeiten können nur bei Kindern angetroffen werden, deren Nasenrachenraum man nur in Ausnahmefällen dem Auge sichtbar machen kann, dem tastenden Finger bis zu einem gewissen Alter aber gar nicht. Im Widerspruch mit den häufig anzutreffenden diesbezüglichen Angaben möchte ich besonders den letzten Punkt hervorheben. Trotzdem dass mein Finger einen mittleren Umfang hat, ist mir weder bei Lebenden noch bei Leichen gelungen Kindern bis zum Alter von $1^1/_2$—2 Jahren den Nasenrachenraum abzutasten.

Ist die Diagnose sicher, so dürfte die Entfernung der Cysten kaum auf besondere Schwierigkeiten stossen, da hierbei eine theilweise Extraction resp. blosse Incision zum Ziele führen kann. Mittel und Wege zur Extraction wie auch zur Incision sind verschiedene.

Cysten der 3. Tonsille sind keine Seltenheit; zweier Fälle habe ich bei einer anderen Gelegenheit bereits an diesem Orte Erwähnung gethan. Seitdem habe ich noch einige Fälle unter den Händen gehabt.

Durch die Localisation bietet also unser Fall kein besonderes Interesse. Seine Bedeutung liegt in der eigenthümlichen Complication, ich meine die Erkrankung der Lippe. — Der Zusammenhang dieser beiden Leiden ist von vorne herein nicht so einleuchtend; es könnte sich ja einfach um ein zufälliges Zusammentreffen handeln; denn zunächst liegt für den Causalnex der beiden Abnormitäten kein anderer Anhaltspunkt vor, als das Verschwinden des Exanthems nach der Operation der Cyste.

Wenn wir aber etwas näher zuschauen, so können wir an einem wirklichen Zusammenhang kaum zweifeln. Wir wissen, dass der chronische Schnupfen sich fast immer mit Hautausschlägen um die Oberlippe verbindet oder vielmehr dieselben nach sich zieht, namentlich bei Kindern, aber auch bei Erwachsenen mit reizbaren Hautdecken. — In unserem Falle ist nun eigentlich kein chronischer Schnupfen vorhanden. Es handelt sich vielmehr um ein häufiges Recidiviren des acuten Schnupfens.

Aber dieser Zustand ist für die Oberlippenhaut nicht weniger unangenehm. Ohne dass der Patient es merkt, wird dieselbe bei jeder unbedeutenden Gelegenheit von einer wasserähnlichen Flüssigkeit benetzt. Das ist schon an und für sich genügend die Haut in einem Erregungszustande zu erhalten, besonders da die Flüssigkeit, durch Barthaare bedeckt, weder sofort austrocknen

wie er auch im heute referirten Fall 1 bestanden habe, für eine zur Stenose führende Erkrankung des Choledochus spreche, während Gallenblasenerkrankungen an sich keinen Icterus machen; daher solle man in Fällen, in denen ein solcher stabiler, schwerer Icterus vorliege, in erster Reihe an eine Choledochuserkrankung denken und erst, wenn sich eine solche ausschliessen lasse, andere Dinge in Erwägung ziehen. Es sei ihm daher aufgefallen, dass Herr Dr. Krannhals hier in erster Linie eine Gallenblasenerkrankung ins Auge gefasst habe.

Dr. Krannhals: Die Veranlassung, an die Gallenblase zu denken, wäre in diesem Falle der streng auf die rechte Seite localisirte Schmerz gewesen; übrigens habe er, wenn er hier von der Gallenblase gesprochen, gleichzeitig auch die grossen Gallengänge mit verstanden wissen wollen.

Dr. Hampeln bemerkt gegen Dr. Schabert, dass bei Gallenblasenerkrankungen Icterus zwar nicht vorhanden sein brauche, aber doch gelegentlich vorkomme; sei er aber in solchen Fällen vorhanden, so sei er auch stabil. Für eine Erkrankung der Gallenblase aber spreche in diesem Falle, wie auch Dr. Krannhals hervorgehoben, die Localisation des Schmerzes.

Dr. Krannhals hebt noch die Grösse des Milztumors (21 Ctm.) in seinem zweiten Falle hervor. Es sei schwer zu glauben, dass derselbe durch Stauung allein zu Stande gekommen sein könnte, vielmehr wird man durch diesen Fall wieder auf die Möglichkeit hingewiesen, dass der bei Lebercirrhose zu beobachtende Milztumor nicht eine Folge der Lebererkrankung, sondern derselben vielleicht coordinirt sei, etwa in der Weise, dass eine und dieselbe Schädlichkeit einerseits die Lebercirrhose, andererseits den Milztumor erzeuge.

d. Z. Secretär: Dr. A. Bertels.

Sitzung vom 18. October 1900.

Dr. Ed. Schwarz hält seinen angekündigten Vortrag «über Erb'sche Krankheit (Myasthenia gravis pseudoparalytica (Jolly). Asthenische Bulbärparalyse (Strümpell)».

Redner referirt über einen 42jährigen Kranken B., der am 24. Januar a. c. in seine Abtheilung aufgenommen und am 17. Februar entlassen wurde.

Der Kranke zeigte neben einem negativen Organbefunde das Bild einer allgemeinen Erschöpfung, klagte über Stirnkopfschmerz, ass wenig, zeigte kühle Extremitäten, war leicht cyanotisch und litt unter grossem Durst; dieser Zustand erreichte einmal durch Stehen von 15—20 Min. eine so bedenkliche Höhe, dass von einer beabsichtigten Untersuchung Abstand genommen werden musste. — Ausfallsymptome des Nervensystems waren nicht vorhanden, speciell keine Ptosis; auch waren keine Augenmuskellähmungen, war keine Erschwerung der Sprache, kein näselnder Beiklang derselben, keine Erschwerung des Schluckens vorhanden. Auch der mimische Gesichtsausdruck war ein normaler, die Kaumuskeln contrahirten sich in normaler Weise, der weiche Gaumen reagirte normal. Die Sensibilität war am ganzen Körper in allen Qualitäten geprüft vollkommen normal; die Pupillen reagirten auf Licht und Convergenz vollkommen normal, das Kniephänomen war vorhanden und nicht gesteigert.

Nur die Stellung der Schultern war eine abnorme, sie boten das Bild dar, wie es bei Dystrophia musculorum progressiva beobachtet wird und schienen sowohl der Cucularis als der Serratus ant. major rechts mehr wie links gelähmt zu sein; die Schultern zeigten Schaukelstellung; überraschender Weise reagirten aber die Muskeln auf den Willensreiz in fast normaler Weise, die Schultern konnten der WS. genähert, die Arme zur Vertikalen erhoben werden, die Muskeln waren auch nicht atrophisch, sondern fühlten sich nur welk an, zeigten aber neben leicht träger Reaction auf den faradischen Strom die von Jolly zuerst genauer beschriebene «myasthenische Reaction», nur mit dem Unterschiede, dass diese für den faradischen Strom ausgesprochen war und für den Willensreiz in ungleich geringerem Masse vorhanden war. Aehnliches sei auch schon von Murri gesehen worden.

Die Störung sei 2 Tage vor der Aufnahme des Patienten plötzlich Nachts entstanden, nachdem Pat. 3 Wochen vorher schon einmal auf dem Heimwege Abends plötzlich so schwach geworden war, dass er nicht weiter gekonnt, sich aber bald erholt hätte. Pat. hätte bis 2 Tage vor seiner Aufnahme als Zimmermann gearbeitet, in den letzten 3 Monaten wohl dann und wann eine Schwäche in den Schultern gespürt, sich aber sonst wohl gefühlt. Die Eltern seien in höherem Alter gestorben, hätten so wie seine Geschwister an ähnlichen Erkrankungen nicht gelitten. Potus und Lues habe nicht vorgelegen. Die Erkrankung habe mit Schwäche in den Armen und im Nacken begonnen. Pat. habe den Kopf vom Sternum nicht erheben können und habe diese Unmöglichkeit noch bei der Aufnahme am Abend des 24. Januar a. c. bestanden, sei aber am Tage der Untersuchung am 25. Januar Morgens geschwunden gewesen.

Vortragender zeichnet in kurzen Zügen das Bild der von Jolly so benannten höchst interessanten Myasthenia gravis pseudoparalytica, wie es von diesem, von Erb, von Strümpell, Kalischer, Goldflam und Anderen beschrieben worden ist und zeigt, dass die Erkrankung durchaus nicht immer mit bulbären Symptomen beginnen müsse, obwohl die Mehrzahl der Fälle bulbäre Symptome sowohl im Beginn als im Vordergrunde des Krankheitsbildes zeige, was zuerst Erb bewog die Erkrankung von einer Störung des Bulbus abhängig zu machen und Strümpell Veranlassung gegeben hat den Namen «asthenische Bulbärparalyse» zu proponiren. Vortragender zeigte weiter, dass ein Fall mit Betheiligung der Schultermusculatur seines Wissens noch nicht beobachtet worden ist; dass die grössere Erschöpfbarkeit der Muskeln auch den faradischen Strom im Gegensatz zum Willensreiz wohl als ein Frühstadium der Erkrankung aufzufassen sei, der faradische Strom somit ein feineres Reagens darstelle, wofür Analogien existirten.

Ferner sei an dem Kranken B. das Uebergreifen der Erschöpfung eines Muskels auf andere, weder vom Willensnoch vom faradischen Reiz incommodirte Muskeln besonders deutlich und wohl auch in dieser Deutlichkeit zum ersten Mal demonstrirt worden.

Der merkwürdige Zustand sei vermuthungsweise auf eine Intoxication zurückzuführen und sprächen dafür: 1) Erfahrungen, die Goldflam bei einer mindestens ebenso merkwürdigen Erkrankung der «familiären paroxysmalen» Lähmung gemacht hat, und weiter 2) Analogien, die bei Intoxication mit Alkaloiden speciell mit dem Protoveratrin von Böhm gemacht worden seien, welches letztere ähnliche Erschöpfungs-Erscheinungen der Muskeln hervorrufe wie sie die myasthenische Reaction aufweise. — Aehnliche Reactionen der Muskeln kämen öfters zur Beobachtung: 1) an vom Grosshirn aus gelähmten Extremitäten, und wären neuerdings 2) von Mosso und seinen Schülern an Muskeln von durch geistige Arbeit stark ermüdeten Menschen demonstrirt worden.

Alle diese Erfahrungen liessen im Verein mit den Lehren der Physiologie von der Ermüdung der Muskeln an eine Intoxication glauben, doch sei die Pathogenese des Krankheitsbildes bisher noch dunkel. Die Anschauung einer Intoxication werde am Kranken B. durch den grell hervortretenden Allgemeinzustand nur noch wahrscheinlicher gemacht.

Es wäre von grossem Interesse gewesen, die besonders befallenen Muskeln, hier den rechten Cucullaris mikroskopisch zu untersuchen, dahingehende Bemühungen blieben beim Kranken B. erfolglos.

Durch die Erscheinungen des Allgemeinzustandes veranlasst, hat der Vortragende den Kranken während seines Krankenhausaufenthaltes mit Thyreoideatabletten behandelt; die Wirkung wäre eine anscheinend günstige gewesen, doch wäre möglicherweise auch die absolute Ruhe, die Pat. pflegte, allein für die Besserung heranzuziehen.

Für die therapeutischen Versuche, die in solchen Fällen mit dem Veratrin oder Physostigmin gemacht werden sollten, da diese Alkaloide der myasthenischen Reaction entgegengesetzte Zustände in Muskeln erzeugten, liess Pat. Vortragendem keine Zeit, indem er sich durch die Besserung veranlasst sah, gegen den dringenden Rath des Arztes das Krankenhaus zu verlassen. Die Therapie habe vor allen Dingen in absoluter Bettruhe zu bestehen, da durch geringe Ermüdung lebensgefährliche Erscheinungen beobachtet worden seien. Ein Kranker Jolly's erstickte an einem Stück Fleisch, als er beim Kauen ermüdete, obgleich das Stück Fleisch sofort entfernt wurde. Der Erschwerung des Schluckens sei nie mit der Schlundsonde zu Hilfe zu kommen, da durch die heftigen Würgbewegungen lebensgefährliche Zustände erzeugt werden könnten. Oppenheim sei so ein Kranker zu Grunde gegangen. Die Uebung der schwachen Muskeln sei unbedingt zu unterlassen. Die grössere Anzahl der bisher beobachteten Fälle sei zu Grunde gegangen; die geringere Anzahl sei gebessert resp. geheilt entlassen worden, doch seien von diesen Letzteren einige später bei anscheinend vollkommen normalem Befinden plötzlich unter Erstickungserscheinungen zu Grunde gegangen.

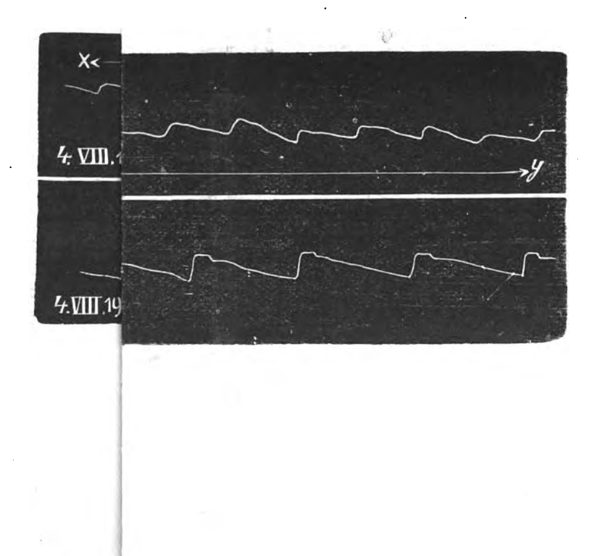
(Autoreferat.)

Dr. Schönfeldt: Dr. Schwarz habe schon betont, dass die Entstehung und das Wesen der heute behandelten Krankheit eine dunkle sei. Sei bei ihr auch oft die Medulla oblongata betroffen, so doch nicht immer, z. B. auch im Falle des Dr. Schwarz, stehe die Oblongata nicht im Vordergrunde der Erscheinungen. Man könne daher von dieser Krankheit nur ganz allgemein sagen, dass es sich bei ihr um eine Erkrankung der motorischen Sphäre handle, wobei der Sitz der Krankheit irgend eine Stelle der motorischen Leitungsbahn zwischen den corticomotorischen Centren und

der Endausbreitung der Nerven im Muskel sein könne. Daher sei es unthunlich die Krankheit in Beziehung zu bringen zur Bulbärparalyse, resp. sie Pseudobulbärparalyse zu nennen, unthunlich aber auch, in solchen Fällen die Krankheit nach einem Autor zu bezeichnen. Namentlich denjenigen Collegen,

Die Symptome einer Traubenmole sind oft gering und inconstant, lassen in Folge dessen selten eine bestimmte Deutung zu.

Die partiellen Degenerationszustände des Chorion, welche sich nur auf einzelne Hydatidenblasen beziehen oder nur einen



lichen Ausräumung wegen sind kei
blasen nachzuweisen.

Vortragender geht über die Aetiologie des Leidens, der vielen streitigen Punkte wegen, hinweg, als nicht in den Rahmen der Demonstration passend.

Mit Molenschwangerschaften hätten die Aerzte glücklicher Weise selten zu thun; so wären z. B. im «Centralblatt für Gynäkologie» im letzten Jahrgange nur 5 Fälle angeführt. Im hiesigen Krankenhause seien 3 zur Beobachtung gekommen, in seiner Privatpraxis hätte Vortragender nur einen Fall erlebt.

zeigte Präparat betrachtet habe, finde sich keine Ruptur der Uterus.

Dr. v. Holst bestätigt, dass eine Uterusruptur nicht vorliege; der Tod sei jedenfalls als Verblutungstod aufzufassen.

Dr. v. Stryk bittet ferner um nähere Auskunft über die beim zweiten Fall erwähnte Geschwulst.

Dr. v. Holst: Es handle sich hier offenbar um ein Hämatom.

2. Dr. A. Schabert hält seinen angekündigten Vortrag: «Die experimentelle Diagnose der Lyssa».

wie er auch im heute referirten Fall 1 bestanden habe, für eine zur Stenose führende Erkrankung des Choledochus spreche, während Gallenblasenerkrankungen an sich keinen Icterus machen; daher solle man in Fällen, in denen ein sol-

aber am Tage der Untersuchung am 25. Januar Morgens geschwunden gewesen.

Vortragender zeichnet in kurzen Zügen das Bild der von Jolly so benannten höchst interessanten Myasthenia gravis

geworden war, dass er nicht weiter [illegible]

erholt hätte. Pat. hätte bis 2 Tage vor seiner Aufnahme als Zimmermann gearbeitet, in den letzten 3 Monaten wohl dann und wann eine Schwäche in den Schultern gespürt, sich aber sonst wohl gefühlt. Die Eltern seien in höherem Alter gestorben, hätten so wie seine Geschwister an ähnlichen Erkrankungen nicht gelitten. Potus und Lues habe nicht vorgelegen. Die Erkrankung habe mit Schwäche in den Armen und im Nacken begonnen. Pat. habe den Kopf vom Sternum nicht erheben können und habe diese Unmöglichkeit noch bei der Aufnahme am Abend des 24. Januar a. c. bestanden, sei

Dr. Schonfeldt: Dr. Schwarz habe schon betont, dass die Entstehung und das Wesen der heute behandelten Krankheit eine dunkle sei. Sei bei ihr auch oft die Medulla oblongata betroffen, so doch nicht immer, z. B. auch im Falle des Dr. Schwarz, stehe die Oblongata nicht im Vordergrunde der Erscheinungen. Man könne daher von dieser Krankheit nur ganz allgemein sagen, dass es sich bei ihr um eine Erkrankung der motorischen Sphäre handle, wobei der Sitz der Krankheit irgend eine Stelle der motorischen Leitungsbahn zwischen den corticomotorischen Centren und

der Endausbreitung der Nerven im Muskel sein könne. Daher sei es unthunlich die Krankheit in Beziehung zu bringen zur Bulbärparalyse, resp. sie Pseudobulbärparalyse zu nennen, unthunlich aber auch, in solchen Fällen die Krankheit nach einem Autor zu bezeichnen. Namentlich denjenigen Collegen, welche der Marterie ferner ständen, sei mit einer solchen Bezeichnung nach einem Autor wenig gedient und würde es sich mehr empfehlen, einen Namen zu wählen, der Einem gleichzeitig eine ungefähre Vorstellung von der Krankheit gebe, wie z. B. Myasthenia gravis.

In Zukunft wird es zweifellos gelingen, den in anatomischer und physiologischer Beziehung bestehenden Zusammenhang der ganzen motorischen Sphäre auch bei der Gruppirung der entsprechenden Krankheitsbilder zum Ausdruck zu bringen. Zum Theil habe man schon jetzt früher gezogene Grenzen aufgeben müssen, so z. B. habe die Bulbärparalyse Jahrzehnte lang als besondere Erkrankung gegolten, jetzt habe man gesehen, dass sie als Theilerscheinung einer ausgedehnteren Degeneration im motorischen Leitungssystem auftreten und daher nur die Bedeutung einer Untergruppe in umfassenderen Gruppe der Erkrankungen des motorischen Systems beanspruchen könne. Aehnlich liegen die Verhältnisse auch bei der heute beschriebenen Krankheit, es sei daher für eine klare Auffassung derselben nicht förderlich, sie gerade zur Bulbärparalyse in Beziehung zu setzen, und daher besser, sie rein symptomatisch als Myasthenia zu bezeichnen.

Was die Besserung im Befinden des Kranken betreffe, so glaubt Redner, dass sie im Wesentlichen durch die Ruhe des Krankenhausaufenthaltes zu erklären, die Thyreoidenbehandlung dagegen wahrscheinlich belanglos sei.

Dr. Ed. Schwarz weist darauf hin, dass er sich schon bei einer früheren Gelegenheit Dr. Schönfeldt gegenüber dagegen ausgesprochen habe, dass Letzterer ähnliche aber doch gegeneinander wohlabgegrenzte Krankheitsprocesse, die sich im motorischen System abspielen, unter einen Hut bringen wolle.

So z. B. würden sowohl bei der Dystrophia musculorum progressiva als auch bei der Myositis ossificans in übereinstimmender Weise vorwiegend die Schultermuskeln, der Cucullaris, Erector trunci, die Muskeln des Oberschenkels befallen; dürfe man etwa hieraus den Schluss ziehen, dass es sich dabei um zwei innerlich verwandte Krankheiten handle? Eine Verwandschaft bestehe freilich zwischen ihnen, das sei die ausgesprochene Heredität, im Uebrigen handle es sich aber offenbar um zwei Krankheiten, die nichts mit einander zu thun haben.

Was die Thyreoideabehandlung anbetreffe, so habe Redner nur gesagt, der Erfolg sei anscheinend gut gewesen und wolle er natürlich aus diesem einen Falle keine weiteren Schlüsse ziehen.

Wenn freilich bei der Basedow'schen Krankheit Hitzegefühl, Röthe der Haut, motorische Unruhe, starker Appetit, Neigung zu Schweissen bestehe, hier aber in Allem das Gegentheil, so sei theoretisch der Versuch gewiss gerechtfertigt, Pat. mit Schilddrüsenpräparaten zu behandeln.

Dr. Schönfeldt: Wir erkennen bei dieser Gruppe von Krankheiten Erscheinungen, die ihren Sitz bald im Cerebrum, bald im Bulbus, bald noch weiter peripher auf dem Wege zum Muskel haben; das geht auch aus dem Krankenbericht des Herrn Dr. Schwarz hervor. Bei weiter fortschreitender Erkenntniss wird es gewiss schwer werden, alle diese Krankheiten principiell von einander zu trennen. Nicht nur vom anatomisch physiologischen, sondern auch vom klinischen Standpunkt aus ist die ganze motorische Leitungsbahn als Einheit aufzufassen. d. Z. Secretär: Dr. A. Bertels.

Sitzung am 1. November 1900.

1. Dr. R. v. Holst berichtet über 2 in der geburtshilflichen Abtheilung des Rigaschen Stadtkrankenhauses (dirigirender Arzt Dr. Keilmann) beobachtete Fälle von Traubenmolen.

Beide Fälle kamen im Verlauf von 3 Tagen zur Beobachtung. Der Uterus der an Verblutungstod gestorbenen Frau L. wird demonstrirt. Derselbe entspricht, seiner Involution nach zu schliessen, dem 7. Schwangerschaftsmonat, obgleich die Frau constatirter Massen erst 4 Monate schwanger war. Die beiden Ovarien, ebenso wie das abdominale linke Tubenende sind cystisch degenerirt: ein fast constanter Befund bei Traubenmolen. Die Innenfläche des Uterus ist rauh, voller Buchten und Vertiefungen, Residuen der in die Muskelsubstanz hineingewucherten Hydatidenblasen. Der gründlichen Ausräumung wegen sind keine einzelnen Hydatidenblasen nachzuweisen.

Vortragender geht über die Aetiologie des Leidens, der vielen streitigen Punkte wegen, hinweg, als nicht in den Rahmen der Demonstration passend.

Mit Molenschwangerschaften hätten die Aerzte glücklicher Weise selten zu thun; so wären z. B. im «Centralblatt für Gynäkologie» im letzten Jahrgange nur 5 Fälle angeführt. Im hiesigen Krankenhause seien 3 zur Beobachtung gekommen, in seiner Privatpraxis hätte Vortragender nur einen Fall erlebt.

Die Symptome einer Traubenmole sind oft gering und inconstant, lassen in Folge dessen selten eine bestimmte Deutung zu.

Die partiellen Degenerationszustände des Chorion, welche sich nur auf einzelne Hydatidenblasen beziehen oder nur einen Cotyledo betreffen, verlaufen oft symptomlos und sind nur zufällige Befunde nach Abort oder normal verlaufenen Geburt.

In einer weiteren Reihe von Fällen, in denen die Erkrankung den grössten Theil der Placenta ergriffen hat, Fruchttod und Resorption eingetreten ist — kann das Wachsthum der Mole entweder unterbrochen werden, die Zunahme des Uterus bleibt hinter der Norm zurück, es treten Blutungen auf wie bei jedem Abort, ohne dass uns der Verdacht auf Mole überhaupt gekommen wäre.

Oder der Uterus wächst trotz Fruchttod langsam fort. Die oft nur mässigen Blutungen erfordern kein sofortiges Eingreifen, so dass uns nur eine genaue Controlle über eventuell abgehende Hydatidenblasen in die glückliche Lage bringen kann, die Krankheit richtig zu erkennen.

Sowie aber die Hyperplasie zunimmt, ändert sich das Bild total. Der Uterus gewinnt in kurzer Zeit oft eine überraschende Ausdehnung, so dass er im Verlaufe von 4 bis 6 Wochen bis an die Herzgrube hinaufreichen kann.

In den meisten Fällen pflegen jetzt im Verhältniss zum Gefässreichthum der Zotten mehr oder weniger schwere Blutungen aufzutreten, welche die Frauen schnell anämisch machen. Das Blut ergiesst sich dabei entweder nach aussen oder es häuft sich in dicken Schichten zwischen Uterus und Ei an. In letzterem Falle treten bei hochgradiger Blutleere heftige Leibschmerzen, Anschwellen der Füsse, Schenkel und der äusseren Genitalien auf, es folgt Erbrechen, Dyspnoe, bis schliesslich Erschöpfung den Zustand zu einem höchst bedenklichen stempelt. Jetzt erfolgt oft Abort. Mit ihm der Abgang von Blasen, welche unsere Befürchtungen, es mit einer Traubenmole zu thun zu haben, bestätigen.

Derartig stürmisch verlaufende Fälle machen uns schon frühzeitig stutzig, weil die Grösse des prallelastischen Uterus und des Abdomens in gar keinem Verhältnisse zu dem frühen Schwangerschaftstermin stehen.

Das Fehlen von Kindsbewegungen, von Kindstheilen oder der kindlichen Herztöne, das Fehlen des unteren Uterinsegmentes, die langdauernden atypischen Blutungen oder Blutwasserabgänge werden im grössten Theil der Fälle ein Hydramnion ausschliessen, die Blasenmole als wahrscheinlich annehmen lassen.

Die Prognose wird in allen Fällen von ausgedehntem Myxoma chorii für das Kind absolut schlecht, für die Frau zweifelhaft sein. Sie wird hauptsächlich vom Grade der Blutung und dem mehr oder minder tief in die Substanz des Uterus greifenden Charakters der Krankheit abhängig sein.

Wuchern nämlich die Zotten in die sinuösen mütterlichen Bluträume hinein, so bringen sie durch Druck das Uterusgewebe zum Schwunde und können sich auf diese Weise bis direct unter das Peritonäum durcharbeiten. In solchen Fällen ist die Ausstossung der Mole wegen Mangel an Muskulatur geradezu unmöglich, eine Ausräumung mit Usur des Peritonäums und nachfolgender tödtlicher Peritonitis verbunden.

Es lehren uns aber auch weitere Beobachtungen, dass veränderte Zottentheile auf dem Wege der Blutbahn fortgeschwemmt werden können. Diese Metastasen bildenden Theile verschonen kein Organ. Das paravaginale Gewebe wird ebenso wie Milz, Leber, Lunge und Knochengerüst befallen.

Ist die Kranke auch glücklich um diese Gefahr gekommen, so bleibt die Befürchtung eines Recidivs für die nächste Schwangerschaft bestehen, oder es bleiben trotz sorgsamer Ausräumung einige Hydatidenblasen zurück, die von den Muskelinterstitien aus Veranlassung zu neuen Blutungen, Jauchungen und Parametritiden geben können.

Es scheint aber auch vor allen Dingen die Mole eine Disposition zu einer secundär auftretenden malignen Neubildung zu geben, einer Geschwulst, welche ihrer Structur nach zwischen Sarcom und Carcinom steht. Sie hat den Namen «Deciduom» erhalten und steht den beiden eben genannten würdig zur Seite.

Es erfordern deswegen auch glücklich beendete Fälle von Molengravidität eine längere Beobachtung und fachmännische Therapie. (Autoreferat).

Dr. v. Stryk erkundigt sich beim Vortragenden nach der Todesursache im erstreferirten Fall; soweit er das vorgezeigte Präparat betrachtet habe, finde sich keine Ruptur der Uterus.

Dr. v. Holst bestätigt, dass eine Uterusruptur nicht vorliege; der Tod sei jedenfalls als Verblutungstod aufzufassen.

Dr. v. Stryk bittet ferner um nähere Auskunft über die beim zweiten Fall erwähnte Geschwulst.

Dr. v. Holst: Es handle sich hier offenbar um ein Hämatom.

2. Dr. A. Schabert hält seinen angekündigten Vortrag: «Die experimentelle Diagnose der Lyssa».

Vortragender berichtet über die Ergebnisse von Impfungen mit dem Virus der Strassenwuth, die er auf Veranlassung der Sanitätscommission angestellt hat, um den letzten wissenschaftlichen Beleg der in Riga herrschenden, aber von einer agitatorischen Gruppe bezweifelter Tollwuthepidemie zu demonstriren. Das Resultat war folgendes:

Vom Ende April bis Ende September wurden 7 brauchbare Thierköpfe eingeliefert und auf Kaninchen verimpft: 5 vom Thierarzt als Lyssa bezeichnete Köpfe ergaben alle ein positives Resultat; die Passagethiere erkrankten am 17., 17., 18., 19. und 22. Tage; ein von einem Laien eingelieferter Kopf ergab ein negatives Resultat; das gebissene Kind ist gesund geblieben (über 80 Tage); missglückt ist ein Versuch, in dem das Kaninchen 24 Stunden nach dem Eingriff unter dem Bilde der Jackson'schen Epilepsie einging. Vortragender benutzte 6 Mal die von Pasteur und Roux inaugurirte subdurale Methode, wobei er mit vollkommenem Erfolge den Trepan durch einen feinen Hohlmeissel ersetzte, mit dem ohne vorherige Periostablösung ins Schädeldach ein Spalt geschlagen wird, gross genug, um eine Hohlnadel durchzubringen. Die von Helmann zuerst angegebene, von Marx als «fast absolut sicher» bezeichnete intramusculäre Methode ergab im 7. Fall ein positives Resultat, nur dauerte es bis zur Erkrankung des Kaninchens 22 Tage.

Die experimentelle Diagnose kann als einwandsfrei betrachtet werden, wenn das geimpfte Kaninchen 17—20 Tage vollkommen gesund bleibt und zu diesem Termin unter dem Bilde einer höchst charakteristischen acuten Paralyse in 1 bis 2 × 24 Stunden verendet. Vortr. hält in der Praxis die experimentelle Diagnose nur dann für nothwendig, wenn die klinische Diagnose nicht gestellt werden konnte. Von 107 ins Koch'sche Institut eingelieferten Thierköpfen, die von thierärztlicher Seite als Lyssa agnoscirt waren, ergaben wenigstens 95 pCt. positive Impfresultate.

Nach den bisher gemachten Erfahrungen könne man für die hiesigen Verhältnisse ein Gleiches behaupten, das sei für die Praxis ein erfreuliches und sehr wichtiges Resultat. Der Werth der von Laien gemachten Diagnosen sei hingegen sehr niedrig anzusetzen, wie die Statistik Tardieu's ergebe, der 46,7 pCt. Morbidität bei beglaubigter und nur 7,7 pCt. Morbidität bei unbeglaubigter Lyssa erhielt. Die für die Praxis nothwendigen Gesichtspuncte fasst Vortragender in folgenden Thesen zusammen:

1) Die experimentelle Diagnose der Lyssa ist ein unentbehrliches Hilfsmittel zur Klärung aller zweifelhaften Fälle, im Interesse einer einwandsfreien Morbiditätsstatistik und zur endlichen Klarlegung der Erfolge der Pasteur'schen Schutzimpfungen.

2) Sie kann unterbleiben, wenn die Diagnose «Strassenwuth» von einem Fachmanne klinisch gestellt werden konnte.

3) Der technische Apparat ist nicht derart, dass ihre Durchführung nicht überall möglich wäre; bei Verwendung der intramuskulären Methode sei Alles was man brauche: ein Kaninchen und eine Spritze.

4) Da die Lyssa in erster Reihe im Hinblick auf die gefährdeten Menschen bekämpft werde, so sollten die Aerzte resp. ärztliche Institute sich nicht weigern, die experimentelle Diagnose in erster Reihe selbst in die Hand zu nehmen.

(Autoreferat.)

Dr. Th. Schwartz: Gegenwärtig sei mit Hilfe des Thierexperiments der sicherste Beweis für das Vorhandensein von Lyssa zu erbringen, leider dauere es aber geraume Zeit bis man auf diese Weise zum Ziele komme; da sei es dann freudig zu begrüssen, dass man in den letzten Jahren auch anatomischen Veränderungen, welche die Diagnose der Lyssa ermöglichen, auf der Spur sei. Goldscheider und Flatau hätten nämlich atrophische Zustände an den Dendriten der Nervenzellen, speciell Veränderungen der färbbaren Substanz gefunden. Chantemesse sei mit Hilfe der Nissl-schen Methode zu ähnlichen Resultaten gelangt. Er habe nämlich gefunden, dass die Nervenzellen durch bestimmte Gifte in charakteristischer Weise verändert würden. Bei Tetanus, in ähnlicher Weise auch bei Strychninvergiftung, zeigten die Nissl'schen Körperchen bestimmte Anschwellungen. Das Zustandekommen dieser Veränderungen würde aber beim Tetanus durch das entsprechende Antitoxin verhindert resp. verzögert.

Sei man vorläufig auch noch nicht so weit, dass man nach diesen Veränderungen sichere Diagnosen stellen könne, so sei die Erreichung dieses Zieles, speciell für die Lyssa, doch von der nächsten Zukunft zu erhoffen.

Dr. Wolferz l: Da die Richtigkeit der Ergebnisse von Goldscheider's Untersuchungen noch nicht genügend feststehe, sei man vorläufig noch auf die Impfung angewiesen. Redner regt die Frage an, ob es nicht namentlich im Interesse unserer Landbevölkerung angezeigt sei, eine Bekanntmachung zu erlassen, man möge die Köpfe wuthverdächtiger Hunde zur Sicherstellung der Diagnose einsenden.

Redner richtet an Dr. Schabert die Frage, wie lange das Virus der Lyssa in getrocknetem Zustande wirksam bleibe.

Dr. Schabert: In getrocknetem Zustande geht das Wuthgift nach kurzer Zeit zu Grunde, gerade das Austrocknen sei ja eine Methode zur Abschwächung desselben; dagegen könne man es in Wasser oder Glycerin Monate lang aufbewahren.

Dr. Wolferz l: Es scheine doch, als ob das Virus unter besonderen Umständen sehr lange infectionsfähig bleiben könne. Von einem durchaus zuverlässigen Collegen sei ihm folgender Fall berichtet: Eine Frau sei von einem tollwüthigen Hunde gebissen worden, wobei ihr aber nur das Kleid zerrissen, dagegen keine Körperverletzung zugefügt worden sei. Die Frau habe das Kleid fortgehängt und erst nach 2 Jahren wieder hervorgeholt, um den Riss auszubessern. Bei dieser Gelegenheit habe sie sich mit der Nadel, die eben das inficirte Kleid passirt hatte, in den Finger gestochen und sei bald darauf an Lyssa erkrankt. In diesem Falle müsse die Infection von dem am Kleide angetrockneten Wuthgift ausgegangen sein, denn selbst angenommen, die Frau habe 2 Jahre vorher beim Biss eine kleine von ihr nicht bemerkte Hautwunde davongetragen, so sei eine Incubationszeit von 2 Jahren nach der übereinstimmenden Ansicht der neueren Autoren eine Unmöglichkeit. Es sei vielleicht denkbar, dass auch die Erreger der Hundswuth unter besonderen, noch nicht näher bekannten Umständen im Stande seien, Dauersporen zu bilden, welche eine so lange Austrocknung ertrügen.

Dr. Schabert: Die baldige Vernichtung des Wuthvirus durch Austrocknung stehe so unzweifelhaft fest, dass man in dem von Dr. Wolferz erzählten Fall eher eine 2jährige Incubation annehmen müsse als die Infection mit dem trockenen Virus. Die Möglichkeit einer Incubationszeit bis zu 10 Jahren sei keineswegs ausgeschlossen.

Dr. Wolferz l: In vielen Fällen, wo man die Abtödtung des Wuthgiftes der Austrocknung zugeschrieben habe, möge vielleicht nicht die Austrocknung als solche das wirksame Agens gewesen sein, sondern die gleichzeitige Einwirkung des Lichtes. In diesem Falle wäre es erklärlich, wenn das inficirte Kleid, das in einem dunkeln Schrank gehangen habe, seine Virulenz so lange behalten habe.

Dr. Thilo weist beiläufig auf die Analogie mit Schlangengift hin, dass in trockenem Zustande 22 Jahre lang wirksam bleibe, in feuchtem nicht so lange.

Dr. v. Bochmann: Das Verhalten des Schlangengiftes lasse selbstverständlich keine Schlüsse auf dasjenige anderer Gifte zu; die Eigenschaften jedes einzelnen müssten für sich geprüft werden.

Was die Untersuchungen Dr. Schabert's anbetreffe, so sei es überaus dankenswerth, dass durch dieselben endgiltig nachgewiesen sei, dass wir es in Riga wirklich mit Lyssa zu thun haben. Zwar sei schon durch ausländische Experimente hinlänglich bewiesen, dass eine von sachverständiger Seite gestellte klinische Diagnose genügend zuverlässig sei, aber namentlich im Hinblick auf die bei uns in Scene gesetzte Agitation gegen den Hundefang sei es von grossem Werth, dass dieser Beweis auch für Riga erbracht sei. Leider habe diese Agitation es erreicht, dass sofort mit dem Nachlass der Epizootie auch die Massregeln gegen dieselbe gemildert werden mussten und das Resultat davon sei, dass die Lyssa bei uns auch heute noch nicht erloschen sei.

Dr. Zwingmann regt die Frage an, ob es nicht, um der erwähnten Agitation entgegenzuarbeiten, zweckmässig wäre, die von Dr. Schabert erhaltenen Resultate in der Tagespresse zu veröffentlichen.

Dr. O. Klemm erklärt sich mit den Intentionen Dr. Zwingmanns ganz einverstanden, doch werde man durch die Veröffentlichung der Schabert'schen Versuche der Agitation kaum wirksam begegnen können, die Agitatoren würden fragen, was denn aus den gebissenen Menschen geworden sei.

Dr. v. Bochmann: Es sei während der letzten Epizootie freilich nur ein Fall von Lyssa humana in Riga bekannt geworden, das liege wohl daran, dass fast alle Gebissenen sich zur Behandlung in die Pasteur-Institute begeben hätten. Ausserdem sei es keineswegs ausgeschlossen, dass ausser dem einen im Stadtkrankenhause behandelten Fall, es noch andere Fälle gegeben habe, welche garnicht zur Kenntniss der Aerzte gekommen seien.

Dr. Schabert spricht sich gegen Dr. Zwingmanns Vorschlag einer Veröffentlichung aus. Gegen eingefleischte Vorurtheile liesse sich mit Vernunftgründen schwer ankämpfen, andrerseits müsse man befürchten durch Mittheilung der an lebenden Thieren vorgenommenen Versuche einen neuen Sturm zu erregen.

Redner weist nochmals auf die grosse Wichtigkeit der experimentellen Diagnose der Lyssa in allen zweifelhaften Fällen hin, namentlich da die anatomische Diagnose bisher im Stich lasse und man auch für die Zukunft nicht viel von ihr erwarten könne. Insbesondere für eine genaue Statistik der Pasteur'schen Schutzimpfungen sei es unbedingt erforderlich, in jedem einzelnen Fall genau zu wissen, ob der beissende Hund wuthkrank gewesen oder nicht.

d. Z. Secretär: Dr. Bertels.

Dionin

Ersatz für Codein und Morphin, besonders bei Erkrankungen der Respirationsorgane.

Largin

höchstprocentige Silbereiweiss-Verbindung, ausgezeichnet für die Gonorrhoe-, Wund- und Augentherapie.

Jodipin

bewährter Ersatz für Jodkalium. Specificum bei tertiärer Lues; bewährt bei Asthma, Emphysem u. Skrofulose.

Stypticin

bewährtes Hämostaticum vorzügl. Mittel in der gynaekolog. und zahnärztlichen Praxis.

Tannoform

ausgezeichnetes Adstringens- und Antidiarrhoicum.

Bromipin

neues Sedativum, insbesondere gegen nervöse Zustände und Epilepsie zu empfehlen.

Diphtherieheilserum

staatlich geprüft, 500-fach und 1000-fach normal.

Die reichhaltige Literatur gratis und franko.



chemische Fabrik — Darmstadt.

Fabrik chemisch-pharmaceutischer Producte

G. Hell & Comp., Troppau und Wien.

Acetopyrin.

Ein neues Antipyreticum und Antineuralgicum gegen Migraine, Neuralgien und Erkältungen, Specificum gegen Influenza, Gelenkrheumatismus und Gicht.

Dosirung; Täglich 6 Pulver à 0,5 bis 1 G am besten in Oblaten.

Siehe wissenschaftliche Abhandlungen:

1. **Dr. Winterberg, Wien** (Wiener klinische Wochenschrift Nr. 39 v. J. 1900).
2. **Dr. Frieser, Wien** (Medicin. chirurg. Centralblatt Nr. 15 v. J. 1901).
3. **Dr. Bolognesi, Paris** (Bulletin Général Therapeutique v. 30. März 1901).
4. **Dr. Laumonier, Paris** (Presse Médicale v. April 1901).
5. **Dr. Goldmann, Wien** (Allgem. Wiener Medicin. Zeitung Nr. 14 u. 15 v. J. 1901).

Honthin.

Ein neues vorzügliches Darmadstringens gegen alle Formen von Diarrhoen.

Dosirung: Säuglinge 0,3 G., Kinder 0,5 G, Erwachsene 1 G. täglich 4 bis 5 Mal.

Siehe wissenschaftliche Abhandlungen:

1. **Dr. Friedr. Rölbl, Wien** (Wiener Klin. Rundschau Nr. 25 v. J. 1900).
2. **Dr. J. W. Frieser, Wien** (Wiener Medicin. Blätter Nr. 29 v. J. 1900).
3. **Dr. Joseph Reichelt, Wien** (Wiener Klin. Wochenschr. Nr. 36 v. J. 1900).
4. **Dr. Tison, Paris** (Bulletin Officiel de la Société Medical des Practiciens Nr. 2 v. J. 1901).
5. **Dr. Goldmann, Wien** (Reichs-Medicinal-Anzeiger, Leipzig Nr. 9 v. J. 1901).
6. **Dr. Dan. Kolpaszky u. Dr. Sztankay** (Magyar Orvosi Arch. Nr. 6 v. J. 1900).

NB.: Literatur und Proben zu Versuchzwecken stehen den Herren Aerzten auf Wunsch gern zur Verfügung.

Zu beziehen durch

Stoll & Schmidt, St. Petersburg.

(92) 12—11.

Badenweiler

bad. Schwarzwald, 420—450 m. üb. d. M.

altbewährtes Thermalbad, berühmter Luftkurort

Broschüre durch das Badecomité oder den Grossherzog. Badearzt.

Saison 1. April bis Ende October.

(87) 10—8.

Natürliches Marienbader Brunnensalz

in Glasflaschen à 125 und 250 gr. und Päckchen à 5 gr.

Indicationen:

Als Ersatz der Marienbader Quellen in allen Fällen, wo die Patienten Marienbad nicht selbst aufsuchen können. In diesem Falle ist das natürliche Marienbader Salz nicht nur das billigste. sondern auch das beste Ersatzmittel bei allgemeiner Verfettung. Verfettung der Leber. des Herzens, Obstination, Plethora.

Zu haben in allen Apotheken, Mineralwasser- und Droguenhandlungen und direkt durch die Brunnen-Versendung in Marienbad (Böhmen).

(59) 17—8.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Schwester Const. Schmidt, Петерб. ст. Матвѣевская ул. д. 9, кв. 20.

Довв. ценв. Спб. 26 Іюля 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG **ST. PETERSBURGER** Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 31 St. Petersburg, 4. (17.) August. **1901**

Drei Fälle von Nasenrachengeschwülsten.

Von

P. Hellat, St. Petersburg.

(Vorgetragen im Verein St. Petersburger Aerzte.)

Die Symptomatologie der Nasenrachengeschwülste, besonders einzelner Arten derselben, ist in den letzten Jahrzehnten dank dem Aufblühen der Rhinologie sehr ausgearbeitet und in das wissenschaftliche Bewusstsein der Aerzte aufgenommen worden. Nichtsdestoweniger giebt es Fälle, die so larvirt verlaufen, dass sie sogar dem Specialarzt wenig geläufig sind, Jahre lang unerkannt bleiben und zu Trugschlüssen Veranlassung geben. Andere dagegen erregen das Interesse durch schwere Miterkrankungen von Nachbarorganen, bedingt durch die Localisation dieser Geschwülste.

Die 3 Fälle, für welche ich heute Ihre Aufmerksamkeit einige Minuten erbitten möchte, scheinen mir zu solchen zu gehören.

Der erste Fall

ist relativ der gutartigste und uncomplicirteste. Er bietet nur in diagnostischer Hinsicht Interesse und könnte auch in Bezug auf die Entstehungsweise zu Meinungsverschiedenheiten führen.

Es handelt sich um eine Frau von mittleren Jahren, die Mutter eines Collegen, welche vor 2 Jahren von einem Lastfuhrmann überfahren wurde. Wie der Wagen über sie hinweg rollte, kann sie nicht mehr angeben. Jedenfalls fiel sie auf den Hinterkopf hin und zog sich einen complicirten Unterschenkelbruch zu.

Sie war recht lange bettlägerig und als sie endlich wieder auf den Beinen war, konnte sie sich doch nicht gesund fühlen. Sie litt beständig an Schnupfen und eigenthümlichen Störungen von Seiten der Nase und des Nasenrachenraumes: Die Stimme oft heiser, beim Gähnen ein Druck im Halse, leichte Schmerzen in den Nasenbeinen. Die Nase fällt häufig, besonders beim Hinlegen auf die linke Seite, völlig zu. Einathmung ist noch möglich, Ausathmung ganz aufgehoben.

Zeitweise Schwellung und Jucken in den Ohren; Kurzathmigkeit.

Durch alle diese Beschwerden ist die Frau stark nervös geworden.

Sie selbst konnte im Verlaufe von 2 Jahren den Gedanken nicht los werden, dass sie etwas in oder hinter der Nase habe, entstanden vielleicht dadurch, dass sie lange Zeit, wie sie sagt, «im Eise liegen musste».

Ihr Sohn aber und der sie beobachtende Laryngologe waren geneigt, den ganzen Symptomencomplex der Neurasthenie zur Last zu legen. Darauf hin wurde denn auch zumeist behandelt.

Am 1. September 1898 wandte sich Frau G. an mich.

Weder die Rachenorgane noch die Nase bieten bei Rhinosk. ant. etwas Pathologisches. Die Rhinoskopia posterior ist wegen erhöhter Reizbarkeit und des engen Isthmus ad epipharyngem stark erschwert. Dadurch ist es zu erklären, dass bis dahin bei ihr trotz vielfach von ihrem Arzt ausgeführter Rhinoskopia posterior nichts ermittelt werden konnte. Bei einer besonders günstigen Spiegelwendung gelingt es für einen Moment über dem weichen Gaumen am rechten Choanalrande eine eigenthümliche bläuliche Verfärbung und Vorwölbung wahrzunehmen. Dasselbe glaubte ich nun auch, nachdem ich es vom Rachen aus gesehen, von vorne durch das rechte Nasenloch erblicken zu können.

Um den Nasenrachenraum näher in Augenschein zu nehmen, zog ich nach genügender Cocainisation mit dem Lindschen Haken das Velum nach vorne.

Jetzt erblickt man ganz bequem rechts auf dem weichen Gaumen in der Ecke, wo derselbe mit der Lateralwand der Choane zusammenstösst, eine pflaumengrosse Geschwulst von stahlblauer Färbung und vollständig glatter Oberfläche.

Bei der Palpation erweist sie sich weich, aber doch prall.

Die Färbung, Consistenz und Oberfläche sichern die Diagnose: Cyste des Nasenrachenraumes, fraglich bleibt noch der Inhalt.

In Anbetracht der eigenthümlichen Färbung drängte sich die Vermuthung auf, dass es sich um eine Art Blutcyste oder Hämatom handle. Diese Vermuthung lag um so näher, als die Anamnese dafür zu sprechen schien.

Am folgenden Tage wurde die Exstirpation im Beisein von Dr. Ilisch, dem ich die Geschwulst demonstriren konnte, und dem Sohne der Patientin vorgenommen.

Es wurde zunächst beschlossen die Cyste in eine kalte Schlinge zu fassen. Sollte das nicht gelingen, nun so blieben Incisionen mit langgestieltem Bistouri resp. Galvanocauter in Reserve. Mit der Schlinge versuchte ich zunächst durch den Mund. Allein die grosse Reizbarkeit wie überhaupt die Schwierigkeit, die Geschwulst von hier aus dem Auge sichtbar zu machen, vereitelten den Versuch. Dagegen machte das Anlegen der Schlinge von der Nase aus keine Schwierigkeiten. Ein leichter Zug und die Kapsel riss ein. Im selben Moment fliesst eine ziemliche Menge von seröser Flüssigkeit durch die Nase und den Mund ab. Fast gar kein Blut. Eine sofortige Nachuntersuchung ergab, dass die



Kapselreste sich retrahirt hatten. Ein weiteres Fassen derselben war unmöglich.

Bereits unmittelbar nach der Operation empfindet Patientin eine bedeutende Besserung. Nach einigen Tagen liess sich auch von den Kapselresten nichts mehr entdecken.

Im Frühjahr, also ungefähr nach einem halben Jahre, habe ich die Patientin wieder gesehen.

Die oben geschilderten Unbequemlichkeiten und Beschwerden sind zum grössten Theile geschwunden, aber ihre Nervosität ist sie leider nicht ganz los geworden; hin und wieder glaubt sie vielmehr an eine ähnliche Geschwulstbildung in der anderen Seite.

Eine möglichst genaue Untersuchung konnte nichts an den Tag fördern. An der Stelle der Cyste vollständig normale Verhältnisse.

Der zweite Fall

betrifft einen hiesigen Apothekenbesitzer von 43 Jahren. Er leidet seit langer Zeit an einem plötzlich sich einstellenden sozusagen unmotivirten Schnupfen. Jede Kleinigkeit: Zug, warme, kalte Füsse etc. zieht ihm eine fliessende Nase zu. Seit dem Sommer des vergangenen Jahres hat er ausserdem einen Ausschlag der Oberlippe, die längere Zeit von mehreren Specialcollegen für Hautkrankheiten erfolglos behandelt wurde. Die Diagnose schwankte zwischen einem einfachen Eczem und Sycosis.

Wenn schon der immer wiederkehrende Schnupfen den Patienten reizte und gezwungen hatte oftmals eine specialistische Hilfe nachzusuchen, so wurde er jetzt bei der Vergesellschaftung desselben mit dem Exanthem besonders misstrauisch und geradezu hypochondrisch.

Den Bemühungen Dr. Manassein's, in dessen Behandlung er zuletzt stand, war es mittlerweile gelungen das Exanthem zu bekämpfen, jedoch bei der für den Patienten sehr peinlichen Bedingung stets mit rasirtem Schnurrbart zu gehen. Dazu verursachte jede kleine Störung erneuten Anfall, besonders wenn der Schnupfen sich hinzugesellte. Diese letztere Beobachtung erweckte bei Manassein den Verdacht, dass das ganze Leiden eventuell mit dem Nasenübel im Zusammenhang stehen könnte und deshalb dirigirte er den Kranken zu mir zur Begutachtung. Am 2. Februar 1899 sah ich ihn zum ersten Male.

Rhinosk. ant. ergab nur leicht sammetige Schleimhaut, keine Hypertrophie und auch keine sichtbare Ursache für den Schnupfen.

Bei Rhinosk. post. aber liessen sich zwei pralle, etwa klein kirschgrosse Geschwülstchen am Rachendach entdecken. — Beide symmetrisch gelegen in der Uebergangsstelle des Gewölbes in die hintere Wand, also in der Gegend der 3. Tonsille.

Diagnose: Cystische Entartung der Luschka'schen Tonsille; die immer wiederkehrende Coryza vermuthlich im Zusammenhang mit dieser Abnormität. Der Causalconnex derselben mit dem Lippenexanthem nicht sicher, aber höchst wahrscheinlich.

Prognose: Für den Schnupfen günstig und falls ein Zusammenhang des Exanthems mit dem Schnupfen besteht, so ist sie gleich günstig auch für das Exanthem.

Die Entfernung der Cysten führte ich mit meinem Adenotom aus. Sie gelang vollständig und ohne jede Schwierigkeit.

Der Schnupfen hörte, nachdem die Reizerscheinungen, welche der Wundverlauf setzt, verschwunden waren, auf und nicht lange darnach gaben sich auch die Reizerscheinungen auf der Haut.

Gegenwärtig ist Patient, so viel ich weiss, vollständig gesund.

Dritter Fall[1]).

Wenn die zwei ersten Fälle für die Therapie ein günstiges Feld boten, nahm der letzte einen traurigen Ausgang. Es handelte sich nämlich um ein Carcinom des Nasenrachenraumes.

Die Krankengeschichte dieser im Allgemeinen seltenen Localisation des Carcinoms ist folgende:

Patientin, Frau eines Collegen, 43 Jahre alt. Im April des verflossenen Jahres bemerkte sie einen leichten Schnupfen, der im Sommer sich besserte, aber gegen den Herbst wieder bemerkbarer wurde; dabei verlegten sich die Ohren. — Zu Anfang December fiel das linke Ohr vollständig zu und am Ende desselben Monats zeigte sich eine Blutung aus der Nase, die 5 Tage anhielt.

Erst dieses Symptom bewog Patientin, die im Allgemeinen einer sehr guten Gesundheit sich erfreute, sich um Hilfe umzusehen.

Sie ging durch mehrerer Laryngologen Hände und wurde endlich in Anbetracht der Schwere des Leidens zu Professor Ratimow dirigirt. Hier wurde die Diagnose: Bösartiger Tumor, wahrscheinlich Sarcom des Nasenrachenraumes gestellt. Stückchenuntersuchung schien die Annahme zu bestätigen.

Im Hinblick auf die Verbreitung der Geschwulst und die schlechte Prognose der Operationen bei bösartigen Geschwülsten dieser Gegend überhaupt wurde von einer eingreifenden Radicaloperation mit einer temporären Oberkieferresection oder einem anderen vorbereitenden Eingriff abgesehen. Erleichterung, vielleicht sogar zeitweilige Heilung konnte auch ein schonenderes Vorgehen, z. B. nach Art der Adenotomie, bringen.

Eine solche Operation auszuführen, forderte Professor Ratimow mich auf.

Die Untersuchung am 2. Februar a. c. ergiebt eine kräftig gebaute, gesunde Frau. Die Ocularinspection des Nasenrachenraumes zeigt eine flache Geschwulst, welche die ganze hintere Wand bis zum Gewölbe einnimmt und auch auf die Seitenwände, besonders links, sich fortzusetzen scheint. Das Gewölbe ist nicht sichtbar.

Ihre Oberfläche hochroth, mit kleinen Höckern wie mit Granulationen besetzt.

Consistenz fest, bei Berührung leicht blutend; eine Abgrenzung von den Seitenwänden wie Tubenwülsten nicht durchzufühlen.

Am 24. Februar Operation. Unter Chloroformnarkose entfernte ich die ganze Geschwulst mit meinem breiten Adenotome bis zum Periost der Wirbelkörper, und räumte hernach, soviel es möglich war, mit dem scharfen Löffel die Seitenwände aus.

Die Blutung recht stark, wird aber durch Tamponade vollständig gestillt.

Eine genaue mikroskopische Untersuchung, im Laboratorium der Klinik ausgeführt, ergiebt, dass es sich um ein Carcinom handelt.

In der ersten Zeit nach der Operation fühlte sich die Patientin sehr wohl, sie athmete frei, hatte keine Blutung; das Gehör besserte sich, fast gar keine Schmerzen.

Objectiv aber kein beruhigender Befund: Im oberen Segment beider Choanen und in den Rosenmüller'schen Gruben, besonders links, werden bald markige Massen sichtbar. Mit einem Hartmann'schen Adenotom werden auch diese entfernt und Patientin konnte die Klinik verlassen.

Am 22. März zeigen sich wieder ähnliche Massen und zwar auch rechts. Die Entfernung derselben gelingt sehr unvollständig; weder scharfer Löffel noch Hartmann'sche Curette ist genügend. Dazu kommt noch ein störendes Moment.

Nach jedem Eingriff in der Rosenmüller'schen Grube werden die Tubenwülste von beiden Seiten bis in die Medianlinie gezogen und verharren in dieser Stellung mehrere Minuten lang. Dadurch wird der Einblick in diese Gegend vollständig aufgehoben und die Sprache gewinnt einen nasalen Beiklang.

Um tiefer einzugreifen, habe ich auch den Galvanocauter versucht. Doch schien dieses Vorgehen die Geschwulstbildung eher zu beschleunigen; ausserdem stellten sich darnach starke Kopfschmerzen ein.

Um diese Gegend doch besser reinigen zu können, liess ich mir schliesslich eine drehbare Curette nach Art des Adenotoms anfertigen. Dieses Instrument scheint thatsächlich für die Seitenwände sehr geeignet zu sein. Aber hier war der rechte Moment bereits verpasst. Wegen der peinlichen Nachbarschaft der Carotides int. musste dazu gewisse Vorsicht beobachtet werden.

Von Mitte April an liess sich die Neubildung nicht mehr bekämpfen.

Wenn ich den weiteren Verlauf noch schildern möchte, so geschieht das nur deshalb, weil bei der Zerstörung, der nun ein Organ nach dem andern zum Opfer fiel, so manche Eigenthümlichkeit beobachtet werden konnte.

Zunächst will ich erwähnen, dass unsere Voraussetzung, der Exitus werde ziemlich bald durch eine Carotidenblutung erfolgen, sich nicht bestätigte.

Gegen Ende April wird die linke Seite der Zunge paralysirt, das Schlucken erschwert.

In den ersten Tagen im Mai gewinnt die Stimme einen eigenthümlichen Beiklang. Das linke Stimmband unbeweglich in der Medianlinie; sehr starke linksseitige Kopfschmerzen. Puls 128 in der Minute. Es waren also Zeichen von linksseitiger Vaguslähmung vorhanden und uns drängte sich die Voraussetzung auf, dass eine baldige Herzlähmung dem Leiden ein Ende machen werde. Aber auch diese Voraussetzung bestätigte sich nicht. Die Krankheit ging ganz ruhig ihren Gang weiter. Das Schlucken von Tag zu Tag immer schwieriger; wird vermittelst der Schnabeltasse gefüttert. Auch auf diese Weise war Schlucken nur in der Horizontallage auf der rechten Seite mit Mühe möglich.

Der Speichel und Schleim, den sie weder herunterschlucken noch aushusten kann, stört den Schlaf. Kopfschmerzen weniger.

Gegen Ende Mai verlangsamt sich der Puls, ist um 100 herum; das Schlucken etwas freier.

[1]) Im «Wratsch» Nr. 34, 1900 bereits veröffentlicht.

In der ersten Hälfte Juni unerträgliche Kopfschmerzen rechts; der Puls wechselnd, schnellt zuweilen in die Höhe, bis zu 120 und darüber, ist dann wieder Tage lang um 90 herum.

Um den 20. Juni Verlangsamung in den Bewegungen des rechten Stimmbandes constatirbar, das linke Stimmband dagegen führt leichte Excursion bei Phonationsversuchen aus.

28. Juni: Das rechte Stimmband steht in der Medianlinie still; das linke behält gewisse Bewegungsmöglichkeit, erreicht aber nicht die Medianlinie.

Das Phoniren wird äusserst schwierig. Bei jedem Versuch zu reden, kommt sie ausser Athem.

Es treten zeitweilige Fieberbewegungen auf; starke Abmagerung; Fütterung vermittelst Schlundsonde. Die Rachenwände und der Larynx anästhetisch.

12. Juli: Das linke Stimmband behält zeitweise Bewegungsmöglichkeit; seine Excursionen betragen 1—2 Mm. Rhima glottidis länglich oval, behält während der Phonation und der Athmung fast dieselbe Form. Die Stimme kaum wahrnehmbar. Die Geschwulst nimmt den ganzen Nasenrachenraum ein und drängt sich auch in die Choanen.

Am allerquälendsten gestaltet sich die Entfernung von Schleim. Jede Ansammlung desselben ruft Hustenstösse und darnach folgende langgedehnte dem Hahnengeschrei gleichende Inspirationen hervor. Dennoch kann der Schleim nicht entfernt werden; wird ausgewischt. Puls 114.

19. Juli: Der rechte Augapfel kann lateralwärts über die Medianlinie nicht hinaus bewegt werden. — Die Zunge vollständig atrophisch, kaum beweglich. Mehrere Tage Erbrechen und Durchfälle.

26. Juli: Patientin giebt kaum irgendwelche Töne von sich; beide Stimmbänder unbeweglich in Cadaverstellung mit stark ausgehöhlten Rändern.

Vollständige Unmöglichkeit sich verständlich zu machen. Auch das Flüstern unmöglich. Puls 134.

Am 9. August endlich tritt die Catastrophe bei vollem Bewusstsein durch Herzlähmung ein.

Es bleibt mir nicht viel zu den Krankengeschichten hinzuzufügen. Betreffend die Cyste am Choanalrande wäre es von Interesse zu entscheiden, ob dieselbe thatsächlich traumatischer Natur war, wie es von vorn herein den Anschein hatte, oder aber zu irgend einer Kategorie der wahren Cystenbildung gehörte.

Wenn man die Seltenheit der Cystenbildung dieser Region in Betracht zieht und die Anamnese andererseits im Auge hat, so wird die Annahme nahe gelegt, dass es sich thatsächlich um ein traumatisches Product gehandelt hat. Die spontane Cystenbildung im Nasenrachenraum wird fast nur, wie in unserem zweiten Fall, in der Gegend der 3. Tonsille beobachtet, oder aber vielmehr nach vorne, d. h. in der Nase. Hier stösst man z. B. bei Polypenextractionen gar nicht selten auf Flüssigkeitsansammlungen. Einmal, erinnere ich mich, traf ich in einem vom Nasendache ausgehenden Polypen auf ganz ähnlich breiigen Inhalt, wie wir bei Atheromen zu sehen gewohnt sind.

Am Naseneingange am vorderen Ende der unteren Muschel habe ich bei einer Frau eine doppelseitige Cyste mit einem gallertigen Inhalt incidirt. Endlich erinnere ich mich noch einer jungen Dame, bei der eine Cyste am vorderen Ende der unteren linken Muschel sass und einen leicht eitrigen Inhalt enthielt.

Wie selten die Cysten im Nasenrachenraum anzutreffen sind, erhellt schon daraus, dass Mikulicz und Kümmel, welche die Frage der Nasenrachengeschwülste kürzlich bearbeitet haben, bei einer Literaturangabe von nahezu 700 Nummern nur auf 3 Mittheilungen hinweisen, welche auf diese Cysten bezogen werden könnten. Im Original waren sie mir nicht zugänglich.

1895 berichteten in der American Laryngological Association Wright, Newcomb und Longmaid über eigene Beobachtungen von Nasenrachencysten. Doch sind die Angaben im «Centralblatt für Laryngologie» so unvollständig, dass man nicht entscheiden kann, von wo dieselben ausgingen. Es ist wahrscheinlich, dass es sich um Cysten der Luschka'schen Tonsille gehandelt hat.

Was die Symptomatologie derselben anlangt, so dürfte sie kaum von der der übrigen Nasenrachentumoren, welche keine Neigung zur Wucherung haben, verschieden sein. Behinderung der Nasenathmung mit allen ihren Folgeerscheinungen, Sprachstörung, verstärkte Schleimsecretion, vielleicht auch Husten, das sind die Cardinalsymptome.

Durch alle diese Erscheinungen wird natürlich eine genaue Untersuchung der Nase und des Nasenrachenraumes nahe gelegt. Wird dieselbe mit Geduld und einiger Dexterität ausgeführt, so muss man wohl immer zur richtigen Diagnose gelangen. Wenn das Aussehen auch täuschen könnte, die Palpation wird es ergänzen. — Wenn Cysten immer eine charakteristische Färbung haben sollten, wie im beschriebenen Falle, so würde ein einziger Anblick zur Diagnose genügen. — Nahe liegend ist aber die Annahme, dass sie gewöhnlich von der der Choanalpolypen nicht viel abweicht.

Man darf der Färbung in dieser Gegend nicht grosse diagnostische Bedeutung beimessen. Denn es scheint, dass hier eigenthümliche Reflexionsverhältnisse obwalten, die je nach der Lage der zu betrachtenden Gegenstände ganz verschiedene Schattirungen geben. Bekanntlich sehen die unteren hinteren Muschelenden weissgrau wie ödematös aus. Neulich beobachtete ich einen Fall, wo das eine Ende die gewöhnliche, das andere eine hellbräunliche Färbung aufwies.

Unüberwindliche Schwierigkeiten können nur bei Kindern angetroffen werden, deren Nasenrachenraum man nur in Ausnahmefällen dem Auge sichtbar machen kann, dem tastenden Finger bis zu einem gewissen Alter aber gar nicht. Im Widerspruch mit den häufig anzutreffenden diesbezüglichen Angaben möchte ich besonders den letzten Punkt hervorheben. Trotzdem dass mein Finger einen mittleren Umfang hat, ist mir weder bei Lebenden noch bei Leichen gelungen Kindern bis zum Alter von $1^1/_2$—2 Jahren den Nasenrachenraum abzutasten.

Ist die Diagnose sicher, so dürfte die Entfernung der Cysten kaum auf besondere Schwierigkeiten stossen, da hierbei eine theilweise Extraction resp. blosse Incision zum Ziele führen kann. Mittel und Wege zur Extraction wie auch zur Incision sind verschiedene.

Cysten der 3. Tonsille sind keine Seltenheit; zweier Fälle habe ich bei einer anderen Gelegenheit bereits an diesem Orte Erwähnung gethan. Seitdem habe ich noch einige Fälle unter den Händen gehabt.

Durch die Localisation bietet also unser Fall kein besonderes Interesse. Seine Bedeutung liegt in der eigenthümlichen Complication, ich meine die Erkrankung der Lippe. — Der Zusammenhang dieser beiden Leiden ist von vorne herein nicht so einleuchtend; es könnte sich ja einfach um ein zufälliges Zusammentreffen handeln; denn zunächst liegt für den Causalnex der beiden Abnormitäten kein anderer Anhaltspunkt vor, als das Verschwinden des Exanthems nach der Operation der Cyste.

Wenn wir aber etwas näher zuschauen, so können wir an einem wirklichen Zusammenhang kaum zweifeln. Wir wissen, dass der chronische Schnupfen sich fast immer mit Hautausschlägen um die Oberlippe verbindet oder vielmehr dieselben nach sich zieht, namentlich bei Kindern, aber auch bei Erwachsenen mit reizbaren Hautdecken. — In unserem Falle ist nun eigentlich kein chronischer Schnupfen vorhanden. Es handelt sich vielmehr um ein häufiges Recidiviren des acuten Schnupfens.

Aber dieser Zustand ist für die Oberlippenhaut nicht weniger unangenehm. Ohne dass der Patient es merkt, wird dieselbe bei jeder unbedeutenden Gelegenheit von einer wasserähnlichen Flüssigkeit benetzt. Das ist schon an und für sich genügend die Haut in einem Erregungszustande zu erhalten, besonders da die Flüssigkeit, durch Barthaare bedeckt, weder sofort austrocknen

noch gut abgewischt werden kann. Besitzt sie aber noch gewisse ätzende Eigenschaften, so ergeben sich die weiteren Folgerungen von selbst. Uebrigens erwähnt Kaposi den chronischen Schnupfen unter den ursächlichen Momenten der Sycosis.

Noch auf eines möchte ich hinweisen. In beiden Fällen sehen wir, dass die Patienten das Gleichgewicht verlieren; die Eine ist neurasthenisch, der Andere hypochondrisch geworden. Es ist das eine Eigenthümlichkeit der Rachenorgane. Diese sind, abgesehen vielleicht von den Geschlechtsorganen, vor allen dazu angethan, die Ruhe und Selbstbeherrschung der Patienten zu rauben.

Eigenthümlicher Weise gehört das Carcinom des Nasenrachenraumes zu den recht seltenen Erscheinungen. Viele Autoren, sowohl ältere wie jüngere, wie z. B. Vidal, Bardeleben, Störk, Weber, ferner Tillmanns, Gérard, Morchant (letzterer bearbeitete die Frage der Nasenraschengeschwülste für das Duplay-Reclus'sche Handbuch) erwähnen seiner nicht einmal. Andere dagegen, wie Schech, Trautmann, Mikulicz und Kümmel weisen wohl auf das Vorkommen des Nasenrachen-Carcinoms hin, führen aber keine selbstständigen Beobachtungen an und construiren das Bild desselben, wie es scheint, mehr auf Grundlage theoretischer Voraussetzungen als klinischer Beobachtungen.

Mikulicz ist geneigt anzunehmen, dass viele von bösartigen Nasenrachengeschwülsten von den Nachbarorganen in den Epipharynx hineinwuchern; Delie dagegen glaubt, dass die 3. Tonsille den Ausgangspunkt bilde. Am letzten internationalen Congress wies Gozzolino auf einen solchen Fall hin. In unserem Falle schien die Ursprungsstelle an der hinteren Wand zu liegen.

Was den Symptomencomplex angeht, der im vorliegenden Fall zur Beobachtung kam, so bot er, wenn man die anatomische Lage im Auge behält, nichts unerwartetes. Die hier sehr nahe bei einander und in der Nachbarschaft des Krankheitsherdes liegenden Organe wurden eines nach dem anderen ergriffen und vernichtet. Wenn dabei doch einige Raritäten, wie z. B. eine doppelseitige Recurrenslähmung zur Beobachtung gelangen, so ist das durch die Seltenheit des Carcinoms in dieser Gegend zur Genüge erklärlich. Eines bleibt jedoch eigenthümlich, ich meine der Wechsel der Erscheinungen. Es wurde zunächst z. B. das linke Stimmband gelähmt; dasselbe stand bereits wochenlang in der Medianstellung still. Als aber darnach auch das rechte Stimmband paralysirt wurde, so liessen sich plötzlich an dem linken gewisse Excursionen wahrnehmen. Ihre Bewegungsmöglichkeit war freilich eine minime, 1—2 Mm., aber sie war ohne Zweifel vorhanden. Erst 2—3 Wochen vor dem Tode blieben sie vollständig aus.

Ich wäre sehr geneigt hier einen Beobachtungsfehler anzunehmen. Wenn das eine Stimmband normale Beweglichkeit besitzt, so können am anderen Excursionen von 1 Mm. leicht übersehen werden. Indess, es liessen sich ähnliche Wechselerscheinungen auch an anderen Organen wahrnehmen, wo ein Beobachtungsfehler vollständig ausgeschlossen ist.

Das bezieht sich auf die Herzthätigkeit. Im Anfang, als die colossalen Kopfschmerzen begannen und das linke Stimmband in der Medianstellung fixirt wurde, liess sich eine Beschleunigung des Pulses bis 134 beobachten. Bald aber giebt sich das und die Frequenz desselben sinkt herab bis auf 90, wechselt dann, schnellt hin und wieder in die Höhe, bewegt sich aber hauptsächlich um 100 herum. Bis kurz vor dem Tode scheint er constant über 120 geblieben zu sein (die Angabe über die 2 letzten Wochen habe ich aus dem Munde des Mannes).

Wenn wir die Beschleunigung des Pulses auf Lähmungszustände des Vagus zurückführen, so beruht der Wechsel sowohl in der Pulsfrequenz als auch der Stimmbandbewegung auf gleichen Ursachen.

Das erste Hinaufschnellen liess eine baldige Vaguslähmung erwarten. Als sich das jedoch nicht so bald ereignete, blieb noch die Annahme übrig, dass der andere Vagus dazu genüge die Herzautomaten zu beherrschen. Schliesslich schien auch der ausgeschaltet zu sein (als Beweis dafür war die Recurrenslähmung) und das Herz stand doch nicht still!

Ueber die doppelseitige Recurrenslähmung hat unlängst Herzfeld die Literatur zusammengestellt; es giebt im Ganzen, sein eigener Fall mit eingerechnet, 10 bisher veröffentlichte Fälle. Der Zustand, den dieselbe nach sich zieht, ist immer ein schwerer. Die Hauptsymptome sind: Unmöglichkeit zu phoniren und zu husten. Die Patienten gerathen bei jedem Versuch, einen Laut hervorzubringen, in den Zustand der Athemlosigkeit. Sie leiden, nach Ziemssen's Ausspruch, an «phonatorischer Luftverschwendung». Bei der Untersuchung findet man die beiden Stimmbänder in der Cadaverstellung stillstehend, sowohl bei der Athmung als auch bei der Phonation.

In unserem Falle wurde der Zustand noch dadurch erschwert, dass Patientin nicht an Recurrenslähmung allein, sondern wahrscheinlich wohl an der Lähmung aller Kehlkopfnerven, also der beiden Recurrentes und der Nervi laryngei superiores litt.

Wir könnten den Zustand als eine complette Larynxlähmung bezeichnen. Ganz besonders schwer wurde die Lage der Patientin dadurch, dass sie weder den Schleim noch andere Bestandtheile, die z. B. beim Essen oder Trinken leicht in den Larynx gelangen, vermittelst des Hustens oder Räusperns entfernen konnte. Der Husten entwickelt bekanntlich seine expulsirende Wirkung dadurch, dass die Stimmbänder während einer plötzlichen und kraftvollen Exspiration ebenso plötzlich auseinander schnellend den Luftstoss auf die Schleimklumpen resp. Fremdkörper richten und ihn herausbefördern. Dieser Mechanismus war ihr vollständig unmöglich. Sie konnte ihren Kehlkopf weder schliessen noch auseinander lassen. Minuten lang quälte sie sich nach einem Schluck Wasser oder einem Versuch etwas Speise zu geniessen ab. Bei der Insufficienz der Constrictoren und der Larynxschliesser kamen dabei immer grössere oder geringere Mengen von dem Genossenen in die Trachea, die sie zur Expectoration reizten und nicht selten geradezu beängstigend wirkten. Dieselben Erscheinungen bewirkte der zu expectorirende Schleim.

Ohne auf das viel umstrittene Gebiet der Kehlkopfinnervation näher einzugehen, möchte ich erwähnen, dass auch im vorliegenden Falle das sog. Rosenbach-Semon'sche Gesetz zur Beobachtung gelangte. Dieses Gesetz lautet nämlich in der allgemeinsten Form: Bei allen Affectionen, die zur organischen Lähmung der Stimmbandbewegungen führen, werden die Abductoren, die Larynxerweiterer allein oder zunächst erfasst.

Es trat also Anfangs eine Posticuslähmung auf, die allmählich in die Recurrenslähmung überging. Dieses liess sich rein am rechten Stimmbande beobachten. Das Stimmband wurde zunächst in der Medianlinie fixirt und rückte allmählich in die Cadaverstellung.

Es erübrigt nun noch zu erwägen, ob der operative Eingriff, wie er bei der Patientin zur Verwendung kam, berechtigt war, oder wäre es zweckentsprechender gewesen eine Radicaloperation vorzunehmen. Im Hinblick auf die Abwesenheit der Casuistik gewinnt die Erörterung dieser Frage einen etwas aprioristischen Charakter. Dennoch dürften einige Schlussfolgerungen gestattet sein.

Nach der Anamnese scheint der Anfang der Krankheit über ein halbes Jahr zurückzuliegen; dazu erwiesen sich bei der Operation Gegenden wie die beiden Seitenwände des N. R., also die unmittelbare Nachbarschaft der grossen Gefässe und Nervenstämme, ergriffen. Letztere konnten sogar umwuchert sein.

Dass unter solchen Umständen eine radicalere Operation mehr Erfolg versprochen hätte, ist kaum wahrscheinlich.

Mikulicz mahnt bei malignen Geschwülsten bereits von Anfang an zur Vorsicht: «Es empfiehlt sich bei constatirter Bösartigkeit die Indication zur Operation äusserst einzuschränken».

Gegen die Art der Exstirpation, wie sie im vorliegenden Falle ausgeführt wurde, können solche Bedenken nicht laut werden, das zeigte auch der Verlauf. Patientin hat im Ganzen geringe Mengen Blut verloren; sie fühlte sich nach der Operation vollständig wohl; dieses ungestörte Wohlbefinden dauerte freilich nur circa 2 Monate an. Wäre die Exstirpation zeitiger ausgeführt worden, so hätten wir nach aller Wahrscheinlichkeit Grund gehabt von einem länger dauernden Wohlbefinden zu reden.

Von der Vorderwand der Wirbelsäule, dem Os basilare und dem Keilbeine lässt sich mit dem Adenotom alles ganz bequem bis zum Periost entfernen. Wenn die Geschwulst hier ihren Anfang nimmt (bekanntlich ist eben das Rachendach die Prädilectionsstelle für verschiedene Nasenrachen-Geschwülste), so muss sie in der ersten Periode durchaus radical zu entfernen sein. Bei Geschwülsten der Seitenwände könnte vielleicht die drehbare Curette von Nutzen sein. Sitzen dieselben an den Choanalrändern oder auf dem weichen Gaumen, dann freilich dürfte kaum von dieser Methode etwas erwartet werden.

Von gewöhnlichen Nasenrachenpolypen, die der Classe der Myxome angehören, habe ich eine grössere Anzahl operirt. Sie alle wurden vermittelst der kalten Schlinge entweder durch den Mund oder durch die Nase entfernt. Einige von denselben habe ich danach hier zu demonstriren Gelegenheit gehabt. Ueber dieselben casuistisch etwas mitzutheilen, erscheint mir zwecklos.

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1298. Sitzung am 15. Januar 1901.

1. Blessig stellt eine Patientin mit metastatischem Tumor Chorioideae vor:

Anna A., 35 Jahre alt, leidet seit October an schmerzhaften Drüsenschwellungen zu beiden Seiten des Halses; in letzter Zeit hat sie eine allmähliche Abnahme des Sehvermögens des rechten Auges bemerkt. Wegen der Drüsenaffection vor einem Monat ins Marien-Hospital aufgenommen, ist Pat. wegen der zunehmenden Sehstörung am 9. Januar von dort in die Augenheilanstalt übergeführt worden.

Status: Ophthalmoskopischer Befund am rechten Auge: die centrale Partie des Augengrundes wird von einer breiten flachen Prominenz eingenommen, die nach unten mit steilem Rande zum normalen Niveau abfällt, nach oben hin allmählich in die normale Peripherie übergeht. Die Netzhautgefässe ziehen überall über die prominente Partie hinweg; ein zweites vom retinalen unabhängiges Gefässsystem ist nicht sichtbar. Im Bereiche des Tumors ist die Farbe des Augengrundes gelbröthlich, nach oben sieht man unregelmässige fleckige Pigmentirung der subretinal gelegenen Geschwulst. Nach abwärts von dieser besteht ausserdem eine recht ausgedehnte flottirende Netzhautablösung. (V = Fingerzählen in 1 Meter, G. F. entsprechend eingeschränkt, T. n.) Der Tumor präsentirt sich, wegen der in seinem Bereiche bestehenden hochgradig hyperopischen Refraction (ca. 6,0 D. = 2 Mm. Niveaudifferenz), besonders schon im aufrechten Bilde. Dass dasselbe nicht eine primäre, sondern eine secundäre Neubildung (Metastase) in der Chorioidea darstellt, darauf weisen die Drüsengeschwülste: links ist die ganze Regio subclavicularis, zum Theil auch die Regio supraclavicularis, ausgefüllt von zahlreichen vergrösserten, spontan und auch auf Druck sehr schmerzhaften Lymphdrüsen; die einzelnen Drüsen, von denen manche die Grösse einer Wallnuss erreichen, sind in den Paketen deutlich abzutasten; ebensolche Drüsenschwellungen finden sich an den hinteren Rändern beider Mm. sterno-cleidomastoidei. Das linke Auge ist normal. Die überwiegende Häufigkeit des Sarkoms der Chorioidea gegenüber anderen Geschwulstformen und das relativ noch jugendliche Alter der Patientin machen die sarkomatöse Natur der Tumoren wahrscheinlich.

In der Discussion über diesen Fall sprechen mehrere der anwesenden Collegen sich mit grösserer Wahrscheinlichkeit für Carcinommetastasen in Lymphdrüsen und Chorioidea aus; dafür spreche die Beschaffenheit der geschwellten Drüsen. Bei der Ausbreitung der Drüsenschwellung auf die genannten Regionen ist an ein primäres Carcinom in den Organen der Brusthöhle resp. im Mediastinum zu denken, deren genauere Untersuchung noch aussteht.

Nachtrag.

In der Sitzung vom 7. Mai trägt Blessig Folgendes nach: Die Kranke ist am 17. März im Marien-Hospital gestorben. Aus einer freundlichst zur Verfügung gestellten Abschrift des Sectionsprotokolls vom 18. März ist Folgendes hervorzuheben:

Die Halsdrüsen sind vergrössert, hart, auf dem Durchschnitt von neugebildetem Gewebe durchwachsen.... Von den peribronchialen Drüsen sind einige vergrössert; unter der Bifurcation der Trachea eine Drüse deutlich vergrössert, von neugebildetem Gewebe durchsetzt. Auf der Oberfläche der Pleura der linken Lunge flache Verdickungen in Form weisslicher Plaques.... Im unteren Viertel der Trachea und im (linken?) Hauptbronchus ist die Schleimhaut höckerig von neugebildetem Gewebe durchwuchert, in der Umgebung der Trachea festes, von zahlreichen Knötchen durchsetztes Bindegewebe. Unter dem Epikard zahlreiche Metastasen längs den Gefässen.... Die Oberfläche der Leber glatt, stellenweise höckerig in Folge oberflächlicher und auch tiefer gelegener Metastasen.... In der rechten Nebenniere eine erbsengrosse Metastase.

Das sagittal durchschnittene rechte Auge zeigt in seinem hintern Theil eine flache Geschwulst von $1^{1}/_{2}$—2 Mm. Höhe; dieselbe ist von grauer Farbe, nicht pigmentirt, gegen die Sklera scharf abgegrenzt und hat die Netzhaut abgehoben; zwischen dieser und dem Tumor ein grünliches Exsudat.

Die mikroskopische Untersuchung der Tumoren, insbesondere der Metastase in der Chorioidea, soll, wie Vortr. durch mündliche Mittheilung erfahren hat, ein Carcinom nachgewiesen haben, als dessen primärer Sitz die Luftwege (Trachea und Bronchien) angesprochen werden.

2. Ucke hält seinen angekündigten zum Druck bestimmten Vortrag über: «Bakteriologische Befunde bei Lungengangrän».

Discussion:

Wladimirow erklärt sich durchaus damit einverstanden, dass Vortr. die von ihm bei der Lungengangrän und bei Noma constant gefundene Streptothrix nicht ohne Weiteres auch für den pathogenen Erreger der Gangrän erklärt. Die Ergebnisse des Vortr. machen den ätiologischen Zusammenhang zwischen der Gangrän und der constanten Anwesenheit der Streptothrix allerdings sehr wahrscheinlich. Soll die ätiologische Bedeutung eines Mikroorganismus bewiesen werden, so ist der Nachweis seiner Constanz bei der betreffenden Krankheit gewiss die erste und wichtigste Forderung. Die zweite Forderung: die Züchtung des betr. Mikroorganismus in Reincultur, ist nicht immer zu erfüllen. Ebenso kann auch der dritten Forderung: dem positiven Ausfall des Experiments, nicht immer genügt werden. Wo dasselbe auch ein positives Resultat giebt, braucht die experimentell erzeugte Krankheit nicht immer mit derjenigen identisch zu sein, als deren Erreger der betreffende Mikroorganismus angesprochen wird, weil manche Krankheiten sich beim Versuchsthier überhaupt nicht hervorrufen lassen (Typhus, Cholera u. a.), andere erst nach Schaffung einer künstlich erzeugten Disposition des Thieres. (Disposition hungernder Tauben für Milzbrand!) Das Resultat des Experimentes kann als positiv angesehen werden, auch wenn eine von der ursprünglichen verschiedene Krankheit erzeugt wird; die Pathogenität des Mikroorganismus ist dadurch immerhin bewiesen. In Bezug auf den Streptothrixbefund des Vortragenden bei der Gangrän hält Wl. es für möglich, dass es sich dabei nicht nur um eine einzige Art, sondern um verschiedene Streptotricheen handelt.

Lunin erinnert in Bezug auf die Entstehung der Noma an die Experimente Woronichin's, dem es gelang nach Nervendurchschneidung Noma-ähnliche Processe zu erzeugen. Dass nicht nur die Infection, sondern auch eine gewisse locale oder allgemeine Disposition für das Auftreten der Noma erforderlich sei, gehe schon daraus hervor, dass das Leiden sich nur bei stark heruntergekommenen Kindern entwickelt.

Kernig bestätigt letztere Thatsache; vor kurzem noch kam im Obuchow-Hospital ein sehr schwerer Fall von Noma mit Zerstörung der ganzen Wange bei einem 14jährigen

durch einen sehr schweren Typhus heruntergekommenen Mädchen zur Beobachtung.

Westphalen erwähnt der unter Thoma's Leitung angestellten Untersuchungen Dembowski's über die Bedeutung der Nervendurchschneidung für das Zustandekommen der Oedeme. Die Nervenläsion schädigt das Gewebe und bereitet auch für infectiöse Processe, also auch für Gangrän, den Boden. Die Streptothrix wird dort Noma oder Lungengangrän hervorrufen, wo das Gewebe bereits durch irgendwelche Einflüsse alterirt ist. In der Lunge handelt es sich dabei meist um pneumonische Herde, entstanden um aspirirte Partikel aus der Mundhöhle, in denen dann die mitaspirirte Streptothrix die Gangrän hervorruft; letztere entwickelt sich stets im Centrum des pneumonischen Herdes; die Infection erfolgt meist vom Munde aus. W. führt hierzu folgenden seltenen Fall an: ein Patient war, nachdem er sich beim Zahnarzt einige Zähne hatte plombiren und die Kieferhöhle punctiren lassen, unter Husten und Fieber an Lungenerscheinungen erkrankt; es stellten sich Symptome von Pneumonie und Lungenabscess ein; eines Tages hustete Patient ein Stück einer Zahnplombe aus, wonach sehr bald Genesung eintrat. Hier hatte das Plombenstück offenbar als Infectionsträger die Erkrankung der Lunge vermittelt.

Moritz schliesst sich der Anschauung an, dass die Streptothrix im vorher krankhaft veränderten Lungengewebe die Gangrän hervorruft; ob die Infection dabei immer vom Munde aus erfolge, sei zweifelhaft, da Lungenabscesse und Gangrän auch ohne vorhergegangene Schluckpneumonie vorkommen (so z. B. bei Influenza). In dem einen Falle fand auch Ucke im Pleuraexsudat dieselben Fäden wie im Sputum.

Kernig bestreitet gleichfalls, dass die Lungengangrän eine vorhergehende Aspirationspneumonie zur Voraussetzung haben müsse; auch bei croupöser Pneumonie findet man gelegentlich nekrotische Herde im Lungengewebe; in diesen kann es dann nachträglich zur Gangrän kommen.

Westphalen hat nur die echte, anatomisch als Mortification des Gewebes mit jauchigem Zerfall charakterisirte Lungengangrän gemeint; diese hat er noch nie anders entstehen sehen als durch Aspiration infectiöser Partikel; er hält sich bei Sectionen an die Regel Thoma's, dort, wo Lungengangrän gefunden wird, stets auch die Bronchien sorgfältig auf etwa aspirirte Partikel zu durchsuchen. Dennoch giebt W. zu, dass dieselbe Gangrän gelegentlich auch auf andere Weise, etwa durch metastatische Einwanderung von Mikroorganismen in das kranke Lungengewebe zu Stande kommen kann; auch die Streptothrix könnte sich vielleicht metastatisch verbreiten, wie solches bei dem Aspergillus fumigatus und dem Oidium albicans bereits constatirt ist. Klinisch wird übrigens eine Lungengangrän schon aus dem foetiden Sputum diagnosticirt; dieses beweist aber noch nicht das Vorhandensein wirklicher Gangrän im anatomischen Sinne; letztere wird erst durch den Nachweis von Gewebspartikeln im Sputum bewiesen.

Lunin erinnert sich eines Falles von Lungengangrän bei einem Kinde nach croupöser Pneumonie; das Kind wurde operirt; nach Eröffnung des 2. Intercostalraumes wurde eine grosse gangränöse Caverne aufgedeckt. Hier hatte eine Aspiration wahrscheinlich nicht stattgefunden.

Wladimirow macht darauf aufmerksam, dass es sich nicht immer um Aspiration im groben Sinne, d. h. von makroskopisch sichtbaren Partikeln zu handeln braucht; die Mikroorganismen können auch für sich allein durch Inhalation ins Lungengewebe gelangen.

Ucke hat nicht behaupten wollen, dass die Anwesenheit von Streptothrix im Lungengewebe an sich schon genügt, um Gangrän zu machen; eine Vorbereitung des Bodens für die Infection, also eine Schädigung des Gewebes, sei die Vorbedingung. Dass in seinen Fällen aber die Streptothrix ätiologisch eine Rolle gespielt, könne schon daraus geschlossen werden, dass andere Mikroorganismen hier weder so constant noch so zahlreich vorhanden waren. Dagegen ist zuzugeben, dass auch andere Mikrobien gelegentlich die Lungengangrän oder -Abscess verursachen können; in dem von Westphalen erwähnten Fall von Lungenabscess z. B. wurden im Sputum nur Streptococcen gefunden. In Bezug auf die Schwierigkeit, auf dem Wege des Experimentes jedes Mal den Beweis für die Pathogenität eines constant gefundenen Mikroorganismus zu erbringen, beruft Ucke sich auf das von Wladimirow bereits Gesagte. Immerhin müsse daran festgehalten werden, dass eine echte Gangrän mit jauchigem Zerfall nur durch Vermittelung von Mikroorganismen zu Stande kommen kann.

Director: W. Kernig.
Secretär: E. Blessig.

Vermischtes.

— Professor Dr. E. v. Bergmann ist, wie die Rigaer Blätter melden, am 26. Juli aus Berlin in Riga eingetroffen, von wo er sich nach Gross-Salven, dem Gute des Generaladjutanten Grafen Paul Schuwalow begiebt, um an dessen Grosssohn eine Operation vorzunehmen.

— Am 7. August vollenden sich 50 Jahre, seit der Corpsarzt des Gardecorps, Geheimrath Dr. Carl Fowelin, in den Staatsdienst trat. Sein 50jähriges Doctorjubiläum beging Dr. Fowelin, wie wir seiner Zeit berichtet haben, bereits am 7. Mai d. J.

— Der frühere Professor der gerichtlichen Medicin an dem Klinischen Institut der Grossfürstin Helene Pawlowna, Geheimrath Dr. Woldemar v. Anrep, welcher vor 2 Jahren zum Curator des Charkow'schen Lehrbezirks ernannt wurde, ist jetzt in derselben Eigenschaft in den St. Petersburger Lehrbezirk übergeführt worden.

— Am 9. Juli vollendeten sich 40 Jahre der ärztlichen und wissenschaftlichen Thätigkeit des berathenden Mitgliedes des Medicinalraths, Prof. emer. Geheimraths Dr. I. P. Mierzejewski. Die Feier des Jubiläums wird erst im Herbst stattfinden, da der Jubilar verreist ist.

— Am 12. Juli beging der Professor der operativen Chirurgie an der Militär-Medicinischen Akademie, Ehren-Leibchirurg Dr. Nikolai Kruglewski sein 30jähriges Dienstjubiläum. Der Jubilar ist weiter auf ein Jahr im Dienst belassen worden.

— Zum Oberarzt der St. Petersburger Residenz-Polizei ist der bisherige Polizeiarzt des Admiralitäts-Stadttheils, Staatsrath Dr. P. N. Stezenko ernannt worden.

— Dem Arzt bei S. K. H. dem Grossfürsten Michael Nikolajewitsch, Ehren-Leibmedicus Staatsrath Dr. Alexander Sander, ist der St. Wladimir-Orden 4. Classe verliehen worden.

— Am Ende des Sommersemesters feierte einer der bekanntesten Moskauer Chirurgen, Prof. Dr. Carl Klein, welcher die chirurgische Universitätsklinik am Neuen Katharinen-Hospital leitet, das 25jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit.

— Der Prosector und Privatdocent der Militär-Medicinischen Akademie, Staatsrath Dr. S. Delizyn, ist als ausserordentlicher Professor für den Lehrstuhl der operativen Chirurgie an der Charkower Universität bestätigt worden.

— Der Professor der Histologie und Embryologie an der Militär-Medicinischen Akademie, Dr. M. Lawdowski, ist nach Ausdienung von 30 Jahren auf 2½ Jahre weiter im Dienst belassen worden.

— Zum Professor der Augenheilkunde an der Universität Kasan ist der bisherige Privatdocent dieser Universität Dr. A. G. Agababow, welcher seit dem Abgange des Prof. Adamkiewicz interimistisch die ophthalmologische Klinik leitete, ernannt worden. Als Privatdocent für Augenheilkunde hat sich an seiner Stelle Dr. F. Rymowitsch habilitirt.

— Verstorben: 1) In Lugansk (Gouv. Jekaterinosslaw) der Eisenbahnarzt Dr. Johannes Kurtz an einer Lungenentzündung im Alter von nahezu 54 Jahren. Zu Mitau als Sohn des berühmten Theologen und nachmaligen Dorpater Professors Heinrich Kurtz geboren, erhielt er seine Gymnasialbildung in Dorpat, worauf er sich an der dortigen Universität dem Studium der Medicin von 1867—1874 widmete. Nach Erlangung der Doctorwürde begann er seine ärztliche Thätigkeit als Kirchspielsarzt zu Ringen (Livland), siedelte aber bereits im nächsten Jahre ins südliche Russland über, wo er bis zu seinem Lebensende (über 25 Jahre) als Eisenbahnarzt anfangs an der Konstantinowschen Eisenbahnlinie, dann an der Donez-Bahn und zuletzt an der Südostbahn fungirte. Wie schon als Student in Dorpat, wo er der Corporation «Curonia» angehörte, so hat der Hingeschiedene auch im späteren Leben als Mensch wie als Arzt durch sein offenes, biederes Wesen viel Liebe und Achtung sich erworben, welche ihm denn auch bei seiner wissenschaftlichen Tüchtigkeit zu einer ausgebreiteten Praxis verhalfen. — 2) In Wesenberg am 30. Juli der frühere Stadtarzt Dr. Ernst Pezold im 65. Lebensjahre am Herzschlage. Der Verstorbene stammte aus Wesenberg, wo sein Vater Kreisarzt war, und bezog im Jahre 1856 die Dorpater Universität, an welcher er mit Unterbrechung bis 1866 studirte und der Corporation «Estonia» angehörte. Nach Absolvirung seiner Studien liess er sich in seiner Vaterstadt als praktischer Arzt nieder und bekleidete viele Jahre auch die Posten des Stadtarztes in Wesenberg und eines Eisenbahnarztes an der Baltischen Bahn. Zugleich erfreute er sich einer ausgedehnten Privatpraxis in der Stadt und Umgegend. — 3) In Odessa der Director des Bezirksirrenhauses in Winniza (Podolien), Dr. W. P. Kusnezow im 44. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher 18 Jahre die ärztliche Praxis ausgeübt hat, war vor seiner Berufung zur Leitung der neugebauten 700 Betten enthaltenden Irrenanstalt in Winniza Director des Bezirksirrenhauses in Kasan. — 4) In Wien der Professor der Kinderheilkunde an der dortigen Universität und Leib-

arzt der kaiserlichen Familie, Hofrath Dr. Hermann von Widerhofer, im Alter von 68 Jahren. Von seinen Arbeiten sind hervorzuheben seine Darstellung der Krankheiten des Magens und Darmes und der Lymphdrüsen der Kinder, sowie seine Studien über die Erblichkeit.

— Der Senat der Heidelberger Universität hat eine Verschärfung der Imatriculationsbedingungen für Ausländer beschlossen. Es werden künftig zum Studium der Medicin an der Universität Heidelberg nur solche Ausländer zugelassen, die eine dem deutschen Abiturientenexamen gleichwerthige Prüfung abgelegt haben. Ferner soll in den Kliniken ein Verzeichniss derjenigen ausländischen Mediciner ausgehängt werden, welche zu prakticiren berechtigt sind. Diese vom academischen Senat schon seit längerer Zeit in Erwägung gezogene Massregel ist durch eine von 70 deutschen Klinikern (klinischen Practicanten) eingereichte Klageschrift veranlasst worden, in welcher dieselben die russischen Studirenden unter Anderem der mangelhaften Vorbildung bezichtigten und den Vorwurf erhoben, als liesse das gesellschaftliche Verhalten der russischen Kliniker zu wünschen übrig. — Gegen diese Petition der Heidelberger Studenten der Medicin haben die russischen Kliniker im Heidelberger Tageblatt eine Erklärung veröffentlicht, in welcher sie die gegen sie in Scene gesetzte Agitation durch eine auf Aeusserlichkeiten gestützte vorgesetzte Meinung gegen russische Studirende und als Folge persönlicher Zusammenstösse erklären, und zugleich versichern, dass der grösste Theil der im Auslande studirenden Russen rein wissenschaftliche Zwecke verfolgt und dass die russischen Studenten im Durchschnitt auf die Entwickelung höherer ethischer Gefühle ganz besonderes Gewicht legen.

Bf.

— Die «St. Petersburger Zeitung» vom 20. Juli bringt folgende praktisch wichtige und uns von Dr. J. Wellberg vollinhaltlich bestätigte Meldung:

In Sachen der Erhebung städtischer Steuern von Privat-Heilanstalten ist eine Senatsentscheidung von wichtiger principieller Bedeutung erfolgt. Die Moskauer Stadtverwaltung erhob bisher, sich auf die Gesetzesbestimmung vom 6. Januar 1886 berufend, die 3proc. städtische Steuer auch von allen Privat-Heilanstalten in der Stadt. In Erkenntniss aber dessen, dass dieses Steuergesetz sich nur auf commerciell-industrielle Unternehmungen zu beziehen habe, wozu Privat-Heilanstalten aber doch unmöglich gerechnet werden können, reichten mehrere Moskauer Aerzte, die zugleich Besitzer von solchen Privatanstalten waren, im Herbst 1899 an die Moskauer Stadtverwaltung Gesuche um Befreiung von dieser von ihnen unrechtmässiger Weise erhobenen Steuer ein. Alle diese Gesuche wurden ohne jede Motivirung kurzer Hand abgewiesen. Daraufhin wandte sich der Moskauer Arzt Dr. med. J. Wellberg mit einer ausführlich motivirten Eingabe an die Moskauer Stadtverordneten-Versammlung und bat sie, das Verhalten des Stadtamtes ihm gegenüber in Erwägung zu ziehen und dessen Bestimmungen in Betreff seiner Privatanstalt als dem Sinne des Steuergesetzes vom 6. Januar 1886 nicht entsprechend aufzuheben. Nichtsdestoweniger erfolgte wiederum auf polizeilichem Wege der kurze Bescheid, dass das Gesuch des Dr. Wellberg nicht in Berücksichtigung zu ziehen sei. — Nun fasste Dr. Wellberg diese ganze Sache nicht mehr als seine persönliche Angelegenheit, sondern als principielle Frage auf — handelte es sich dabei doch auch um alle anderen Privatanstalten, die in derselben Lage waren wie die seine — und reichte im September vorigen Jahres unter ausdrücklichem Hinweis auf die principiell falsche Deutung und Ausdehnung der gesetzlichen Bestimmungen vom 6. Januar 1886 seitens der Moskauer Duma eine Klageschrift gegen dieselbe beim Senate ein. Nun ist ihm die Genugthuung geworden, vor dem Senate doch Recht behalten und dadurch allen seinen Collegen, die Anstalten besitzen, einen grossen Dienst erwiesen zu haben.

— Nach dem allbeliebten Nordseebad Westerland auf Sylt besteht seit 1. Juli a. c. (via Helgoland) tägliche directe Seeverbindung ab Hamburg. In Folge der von der «Nordsee-Linie» mit einem Kostenaufwande von mehr als 600,000 Mk. vom Südcap der Sylter-Insel — Hörnum — neuerrichteten, weit ins Meer reichenden, eisernen Seebrücke können die Dampfer — völlig unabhängig von Ebbe und Fluth — direct anlegen und die gelandeten Passagiere besteigen ohne Umbooten sofort den stets bereitstehenden Anschlusszug der neuerbauten Sylter-Süd-Bahn, welcher in halbstündiger Fahrt direct nach Westerland fährt. Diese neue höchst bequeme Reiseroute hat überdies noch den besonderen Vortheil, dass die Fahrtdauer gegen früher um nahezu 3 Stunden abgekürzt ist. Man fährt von Hamburg (St. Pauli-Landungsbrücke) täglich 8 Uhr früh ab — oder von Cuxhaven — und trifft bereits gegen 6 Uhr in Westerland selbst ein. Diese tägliche directe Dampferverbindung Hamburg—Sylt bedeutet eine ausserordentliche Verkehrserleichterung, indem Bad-Westerland hierdurch an das grosse Weltverkehrsnetz des Continents angeschlossen ist.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Marie Mohl B. O. 1. л. 44, кв. 3.

Frau **Marie Kubern**, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Schwester **Elise Tenisson**, Невскій просп. д. 136, кв. 13.

Dionin

Ersatz für Codein und Morphin, besonders bei Erkrankungen der Respirationsorgane.

Largin

höchstprocentige Silbereiweiss-Verbindung, ausgezeichnet für die Gonorrhoe-, Wund- und Augentherapie.

Jodipin

bewährter Ersatz für Jodkalium. Specificum bei tertiärer Lues; bewährt bei Asthma, Emphysem u. Skrofulose.

Stypticin

bewährtes Hämostaticum vorzügl. Mittel in der gynaekolog. und zahnärztlichen Praxis.

Tannoform

ausgezeichnetes Adstringens- und Antidiarrhoicum.

Bromipin

neues Sedativum, insbesondere gegen nervöse Zustände und Epilepsie zu empfehlen.

Diphtherieheilserum

staatlich geprüft, 500-fach und 1000-fach normal

Die reichhaltige Literatur gratis und franko.



chemische Fabrik — Darmstadt.

Fabrik chemisch-pharmaceutischer Producte

G. Hell & Comp., Troppau und Wien.

Acetopyrin.

Ein neues Antipyreticum und Antineuralgicum gegen Migraine, Neuralgien und Erkältungen, Specificum gegen Influenza, Gelenkrheumatismus und Gicht.

Dosirung; Täglich 6 Pulver à 0,5 bis 1 G. am besten in Oblaten.

Siehe wissenschaftliche Abhandlungen:

1. **Dr. Winterberg, Wien** (Wiener klinische Wochenschrift Nr. 39 v. J. 1900).
2. **Dr. Frieser, Wien** (Medicin. chirurg. Centralblatt Nr. 15 v. J. 1901).
3. **Dr. Bolognesi, Paris** (Bulletin Général Therapeutique v. 30. März 1901).
4. **Dr. Laumonier, Paris** (Presse Médicale v. April 1901).
5. **Dr. Goldmann, Wien** (Allgem. Wiener Medicin. Zeitung Nr. 14 u. 15 v. J. 1901).

Honthin.

Ein neues vorzügliches Darmadstringens gegen alle Formen von Diarrhoen.

Dosirung: Säuglinge 0,3 G., Kinder 0,5 G., Erwachsene 1 G. täglich 4 bis 5 Mal.

Siehe wissenschaftliche Abhandlungen:

1. **Dr. Friedr. Rölbl, Wien** (Wiener Klin. Rundschau Nr. 25 v. J. 1900).
2. **Dr. J. W. Frieser, Wien** (Wiener Medicin. Blätter Nr. 29 v. J. 1900).
3. **Dr. Joseph Reichelt, Wien** (Wiener Klin. Wochenschr. Nr. 36 v. J. 1900).
4. **Dr. Tison, Paris** (Bulletin Officiel de la Société Medical des Practiciens Nr. 2 v. J. 1901).
5. **Dr. Goldmann, Wien** (Reichs-Medicinal-Anzeiger, Leipzig Nr. 9 v. J. 1901).
6. **Dr. Dan. Kolpassky u. Dr. Sztankay** (Magyar Orvosi Arch. Nr. 6 v. J. 1900).

NB.: Literatur und Proben zu Versuchzwecken stehen den Herren Aerzten auf Wunsch gern zur Verfügung.

Zu beziehen durch

Stoll & Schmidt, St. Petersburg.

(92) 12—12.

MARIENBAD Weltcurort (Böhmen)

Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, die stärksten Glaubersalzwasser Europas (mit 5 gr. Glaubersalz im Liter.) Indicationen: Allgemeine Verfettung, Verfettung der Leber, des Herzens, Obstipation, Plethora.

Ambrosiusbrunn, stärkster, reiner Eisensäuerling Europas (mit 0.177 gr. Eisenbicarbonat im Liter). Indicationen: Anaemie, Chlorose.

Rudolfsquelle, hervorragend grosser Gehalt an Kohlensäure, Kalk und Magnesia. Indicationen: Chronische Catarrhe der Harnorgane, Nierensteine, Diabetes, Arthritis.

Brunnen-Versendung Marienbach in Böhmen. Niederlagen in allen Apoth., Mineralwasser- u. Droguenhandl.

(58) 17—9.

Verwaltung der kgl. Mineralbäder Kissingen u. Bocklet.

Kgl. bayer. Bad Kissingen natürliche Mineral-Wässer

Rakoczy, Pandur, Maxbrunnen, Bitterwasser

Eisenhaltige Kochsalzquellen. Unübertrefflich in Heilkraft b. Stoffwechselkrankheit. u. Circulationsstörung. Ueberall zu haben. Broschüren und Analysen gratis und franko durch die Verwaltung der kgl. Mineralbäder Kissingen und Bocklet Friedrich Hessing. Für Herren Aerzte besondere Bezugsbedingungen. Proben kostenfrei.

(85) 22—6.

Mikroskope Ernst Leitz

zu Fabrikpreisen empfiehlt Moritz Goldberg, St. Petersburg, Woskressenskaja № 11.

(33) 1—1.

Дозв. ценз. Спб., 4 Августа 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

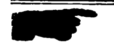
Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 32 St. Petersburg, 11. (24.) August. 1901


Dieser № liegt «№ 8 der Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften» bei.


Ueber die klinischen Formen des Alkoholismus, welche in der Anstalt Rothenberg beobachtet wurden.

Von

Dr. med. Th. Tiling,

Rothenberg.

(Vorgetragen auf dem XIII. livländischen Aerztetag zu Riga).

M. H.! Auf Wunsch der Collegen, welche das Referat «über den Alkoholismus» für die diesjährige Sitzung des Livl. Aerztetages übernommen haben, erlaube ich mir hier dasjenige Material zur Verfügung zu stellen, welches in der Anstalt Rothenberg während der letzten 4 Jahre und 5 Monate zur Beobachtung gelangt ist. Bis zum Jahre 1896 incl. sind medicinisch-statistische Berichte gedruckt erschienen, welche den Alkoholismus gesondert betrachten. Ich werde kurz derselben Erwähnung thun. Der erste Bericht umfasst die Jahre 1873—1887 incl. In diesem Zeitraum ist der Alkoholismus nur sehr spärlich vertreten; gezählt sind die Deliranten und Gewohnheits- und periodischen Trinker; andere Formen des Alkoholismus stehen wohl in den übrigen Rubriken. Von ersterer Kategorie wurden nur 0—3 Kranke durchschnittlich im Jahr aufgenommen, meistens wurden solche abgewiesen. Im zweiten Bericht, umfassend die Jahre 1888—1896 incl., spielt der Alkoholismus schon die ihm zukommende Rolle. In diesen 9 Jahren gelangten 145 Alkoholiker zur Aufnahme, das macht 7,25 pCt. der Gesammtaufnahme. Man erhält aber ein viel richtigeres Bild, wenn man 1) nur das männliche Geschlecht berücksichtigt, und 2) nur die erstmalig Aufgenommenen zählt. In dieser Beschränkung betrug die Aufnahmeziffer 105 Alkoholiker, das macht 11,08 pCt. aller erstmaligen Aufnahmen von Männern, und zwar steigt die Anzahl der Alkoholiker ziemlich regelmässig mit den Jahren.

Wenn ich nun die seit der Zeit verflossenen 4 Jahre 5 Monate betrachte, so ergeben sie die hohe Ziffer von 88 Alkoholikern. Hierbei sind wieder nur Männer und erstmalige Aufnahmen gezählt. Eine kleine Abtheilung für auswärtige Gemeindeglieder, die temporär verpflegt werden, ist hier auch noch nicht berücksichtigt. Es wurden aber in dem Zeitraum von 4 Jahren und 5 Monaten insgesammt zum ersten Mal aufgenommen 387 Männer, mithin betrug der Antheil des Alkoholismus 22,74 pCt. gegen 11,08 pCt. in dem letzten Bericht. Auf die einzelnen Jahre vertheilt, stellt sich das Verhältniss so:

	Aufnahme.		Alkoholiker		
1897	100 Männer,	darunter	26,	also	26,8 pCt.
1898	96	»	» 10,	»	10,41 »
1899	78	»	» 20,	»	25,64 »
1900	81	»	» 15,	»	18,51 »
1901 bis z. 1. Juni	32	»	» 17,	»	53,1 »

Zu den genannten Ziffern füge ich noch diejenigen der erwähnten sog. Polizeistation:

	Aufnahme		Alkoholiker		
1897	14 Männer,	darunter	3,	also	21,5 pCt.
1898	22	»	» 2,	»	9,1 »
1899	17	»	» 2,	»	11,8 »
1900	13	»	» 1,	»	8,0 »
1901 bis z. 1. Juni	8	»	» 2,	»	25,0 »

Es finden für diese kleine Abtheilung natürlich viele Abweisungen statt.

Ich habe bisher von Alkoholismus und Alkoholikern im Allgemeinen gesprochen; der Alkohol wie jede andere Schädlichkeit, Syphilis, Trauma etc., ruft aber Störungen mannigfachster Art hervor. Der klinischen Formen, unter denen der Alkoholismus auftritt, giebt es wenigstens 4; eine genauere Betrachtung kann natürlich noch mehr unterscheiden. Diese 4 Formen, die für eine statistische Betrachtung ausreichend, weil durch grobe deutliche Merkmale gesondert sind, lassen sich bezeichnen als Delirium tremens, acute resp. chronisch werdende Alkoholpsychose, Degeneration des Charakters und als Demenz mit oder ohne Lähmung. Ich möchte mir erlauben in aller Kürze diese 4 Formen des Alkoholismus zu skizziren und zu jeder derselben die betreffenden Aufnahmeziffern hinzuzufügen.

Das bekannte Delirium tremens zeigt in seiner vollen Entwickelung ein sehr gleichförmiges und darum leicht zu erkennendes Bild. Charakteristisch sind der allgemeine Tremor, die motorische Unruhe, das Zupfen, Herumgreifen, Suchen; von psychischen Symptomen die Gesichtshallucinationen in erster Reihe, Thiere, Fratzen, Ungeheuer in aggressiver Bewegung; in zweiter Reihe Gehörstäuschungen und verschiedene Sensationen am Körper, durch Ungeziefer etc. veranlasst; weiter die Mischung von richtigen Wahrnehmungen und deliriösen; so kann der Patient zeitweilig, ähnlich wie ein Fieberkranker, aus seiner Benommenheit erweckt werden durch Versetzung in eine neue Umgebung oder durch energisches Anreden; in seinen Aeusserungen fliesst auch sonst Richtiges und Wahnhaftes in einander. Recht gewöhnlich erscheint ein solcher Kranker bei der Aufnahme ganz geordnet und orientirt, nachdem er zu Hause schon die wildesten Delirien durchgemacht hat, aber sobald er in die Abtheilung gebracht ist, geht wieder das Halluciniren an; in blinder Angst will er aus dem Zimmer stürzen, drängt mit Gewalt gegen Thüren, Fenster etc. Die Krisis tritt, wie ja bekannt, nach einigen Tagen unter ergiebigem Schlaf ein und dann ist der Mensch geordnet und klar, nur einige leichte Nachzügler von Sinnestäuschungen ziehen wie Wolken an seinem Gesicht oder sonst am Körper vorüber und die eine oder andere Vorstellung bedarf noch der Zurechtstellung. Der Patient wünscht zu seiner Arbeit zurückzukehren, bedauert seine bisherige Unmässigkeit und fasst den Vorsatz sich in Zukunft davon freizuhalten, kurz erscheint in jeder Beziehung normal.

Solcher Deliranten sind in Rothenberg aufgenommen und zwar erstmalig:

1897	10 Männer.
1898	2 »
1899	8 »
1900	5 »
1901	5 »
	30 Männer.

Und in der sog. Polizeistation Auswärtige:

1897	3 Männer.
1898	2 »
1899	2 »
1900	0 »
1901	0 »
	7 Männer.

Das macht bei 88 Alkoholikern überhaupt circa $^1/_3$ mit Delirium tremens für Rothenberg und für die sog. Polizeistation 70 pCt., wenn man mit so kleinen Ziffern rechnen darf.

Die zweite Form, unter der der Alkoholismus auftritt, ist der Wahnsinn. Ganz charakteristische Erscheinungen bietet derselbe nicht, die ihn von anderen Fällen acuter oder chronischer Paranoia unterscheiden könnten. Manchmal tritt dieser alkoholische Wahnsinn plötzlich auf und verläuft fast so schnell wie ein Delir. tremens; die Hallucinationen sind aber nicht so specifisch wie bei letzterem, sondern bestehen, wie bei dem Wahnsinn überhaupt, in zusammenhängenden Gehörstäuschungen, Gesprächen; die subjectiven Wahrnehmungen werden verarbeitet, gedeutet und erst mit der eignen Person in Beziehung gesetzt; zeitweilig steigern sie sich und rufen auch Angst, Entsetzen und Gewaltthätigkeiten hervor, aber vor allem fehlen die motorischen Symptome. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle dauert auch dieser acute Anfall bedeutend länger als ein Delir. tremens, verläuft unter Nachlässen und Exacerbationen und zeigt die Neigung zu Recidiven, oder wird direct chronisch, wobei das Bewusstsein gar nicht erheblich gestört zu sein braucht. Der Kranke ist besonnen, über seine Umgebung orientirt und vermag zusammenhängende Auskunft zu geben, hält sich aber für verfolgt und von Feinden etc. umgeben. — Besonders verrufen und bekannt ist der sog. Eifersuchtswahn der Trinker, welcher bei diesen Fällen eine gewisse Rolle spielt. Viele Conflicte mit ihren Frauen haben diese Männer natürlich gehabt und bei dem ausgesprochenen Streben aller Trinker sich zu entlasten und Anderen irgend ein schlechtes Motiv unterzuschieben, die ihnen in den Weg treten oder über sie Klagen führen, liegt es nahe den Frauen ein Interesse zu imputiren bei Entfernung des Mannes oder irgend einer Massregelung desselben. Oft ist die Begründung der Beschuldigung geradezu lächerlich, oft aber ist es sogar schwer hinter den wahren Thatbestand zu kommen, so viel Wahrscheinlichkeit enthalten die Erzählungen des Mannes, der an alkoholischem Verfolgungswahn leidet.

Es braucht kaum hervorgehoben zu werden, dass diese Kranken zu den besonders gefährlichen gehören, sehr viele Morde ganzer Familien oder auch Selbstmorde kommen auf dieser Grundlage zu Stande.

Diese Fälle bilden die seltenste Form, unter welcher der Alkoholismus verläuft; Kraepelin rechnet nur 17 pCt. aller Alkoholiker hierher. In dem Zeitraum von 4 Jahren 5 Monaten wurden in Rothenberg im Ganzen 16 hierher gehörige Fälle beobachtet oder 19,5 pCt. aller Alkoholiker. Aufgenommen worden sind alkoholische Psychosen im Jahre

1897	6 Männer.
1898	3 »
1899	2 »
1900	3 »
1901	2 »
	16 Männer.

In der Polizeistation im Jahre

1900	1 Mann.
1901	1 »

Die dritte Form des Alkoholismus ist gewiss die zahlreichste, geht aber nur zum kleineren Theil den Irrenanstalten zu: das ist diejenige, welche man als degenerirten Charakter, ohne erhebliche Intelligenzstörung bezeichnet. Nur diejenigen unter ihnen, die sich in der Freiheit ganz unmöglich gemacht haben und keine Mittel zur Existenz haben, lassen sich interniren. Die zwangsweise Internirung bemittelter Individuen gelingt nur für kurze Zeit, wenn überhaupt; denn vor Gericht gelingt ihre Entmündigung nicht, das wissen sie sehr gut und sie betrachten es daher als eine Art Gefälligkeit, wenn sie sich für einige Zeit dazu herbeilassen, ihren Aufenthalt in der Anstalt zu nehmen. Es würde zu weit führen, wollte ich ihre mannigfaltigen Bosheiten, Leidenschaften und Verkehrtheiten aufzählen. Heuchler und verlogen, Intriguanten und Aufhetzer, faul und grosssprecherisch, jähzornig und rachsichtig, sind sie eine Plage für jede Anstalt. In die offenen Trinkerheilanstalten passen sie gar nicht, weil sie eine erfolgreiche Behandlung der besseren Elemente stören, welche Einsicht in ihre Lage und den Wunsch haben geheilt zu werden. Diese Individuen erscheinen zu Beginn oft vernünftig, bescheiden und anstellig, zeigen auch Geschick zu mancherlei Arbeit und Verrichtung; aber wehe, wenn man ihren Bitten und Versprechungen vertraut und ihnen freiere Bewegung gestattet. Eine Zeit lang geht es mit dieser Freiheit ganz gut, aber nur scheinbar, bald treten die Folgen zu Tage; sie haben dies und das entwandt und Branntwein eingeschmuggelt für sich und Andere. Wegen des Vermissten beschuldigen sie die Dienenden und Angestellten, suchen zu denunciren, werden ausfahrend u. dgl. Körperlicherseits bemerkt man an diesen Individuen Resistenzunfähigkeit gegen geringe Quantitäten Alkohol; sie reagiren darauf mit Aufregung, Irrereden und häufig mit epileptischen

Anfällen. Meist schliesst sich ein kurzes, ängstliches oder furibundes Delirium an diese Anfälle. Während der Abstinenz bleiben die Anfälle fast ganz weg. In dem erwähnten Zeitraum sind in Rothenberg solche degenerirte Alkoholiker aufgenommen worden:

1897	7 Männer.
1898	3 »
1899	6 »
1900	4 »
1901	3 »
	23 Männer.

Und in der Polizeistation:

1897	2 Männer.
1899	2 »
	4 Männer.

Das macht von 88 Alkoholikern überhaupt 26,13 Cpt. sog. Degenerirte.

Wir wenden uns zuletzt zu der schwersten Störung des Nervensystems, zu der Demenz. Auffallender Weise entwickelt sich die Demenz sehr häufig direct, vielleicht nach einigen Anfällen von Delirium tremens, aus dem normalen Zustande; es zeigt sich eine langsame Abnahme der Geistesfähigkeiten; die Leistungen werden schlechter, Vergesssamkeit und Zerstreutheit fallen auf, ebenso Mangel an Energie und Entschlussfähigkeit; Menschen mit Initiative und Gewissenhaftigkeit werden apathisch, vernachlässigen ihre Pflichten, ihr Ideenkreis schrumpft zusammen und ihr Ehrgefühl lässt nach; sie ertragen Vorwürfe kränkender Art, ohne beleidigt zu sein; dagegen sind sie gewöhnlich ganz kritiklos um ihre Gesundheit besorgt, wehleidig und ängstlich; das Wohl und Wehe ihrer Nächsten lässt sie kalt. So geht es durch längere Zeit fort, unmerklich abwärts, bis plötzlich stärkere Beängstigungen, Beklemmungen, Todesangst mit lautem Jammern auftreten. Solche Anfälle von Geistesstörung sind kurz, sie dauern Stunden oder einige Tage, aber eine Verfälschung des Bewusstseins wird doch dauernd; sie verlieren die Orientirung über Ort und Zeit, werfen Vergangenes und Gegenwärtiges durch einander, erkennen die Personen ihrer Umgebung nicht, vergessen alles momentan und dazu kommt die sog. Confabulation. Sie berichten Erlebnisse, Zusammenkünfte, die gar nicht stattgefunden haben. Nicht immer zeigt sich das Bild so rein, auch Wahnideen können sich hinzugesellen und es kann bis zu einer gewissen Verwirrtheit kommen; so hohe Grade erreicht diese Demenz aber gewöhnlich nicht. Zu dieser psychischen Störung gesellen sich sensible und motorische Störungen, die sog. alkoholischen Lähmungen. Die wissenschaftliche Auffassung und Classificirung der alkoholischen Lähmungen ist eben noch nicht abgeschlossen, sondern wird eifrig discutirt. Neben Hyperästhesien, Parästhesien und Anaesthesien treten Paresen, Ataxien, Paralysen auf; vornehmlich und zuerst an den unteren Extremitäten, dann an den oberen; seltener werden die Unterleibs- und Athmungsorgane ergriffen, noch seltener die Augennerven. Der Reflex ist meistens herabgesetzt oder erloschen, seltener erhöht, die Lähmung eine schlaffe, aber es bilden sich auch Contracturen aus. Dazu kommen Muskelatrophien und Oedeme. Früher wurde das Leiden als Poliomyelitis anter. subacuta resp. als Landry'sche Lähmung, bei acutem und deletärem Verlauf, angesehen; später ergab die Untersuchung multiple Neuritis und es fragt sich nun, ob nicht beide Affectionen gleichzeitig, wenn auch deutlicher ausgesprochen in den peripheren Nerven, bestehen? Wahrscheinlich wird die Zukunft ergeben, dass neben der Neuritis auch eine Affection des Rückenmarks und gewiss auch des Gehirns besteht, dass aber diese letzteren nicht der gewöhnlichen Myelitis resp. Meningitis mit Betheiligung der Hirnsubstanz entsprechen, sondern eine leichtere nicht so progressive Form darstellen, entsprechend den leichteren klinischen Bildern einer Pseudotabes und Pseudoparaplegie.

Solcher dementer Alkoholiker, theils mit Lähmungserscheinungen, theils ohne dieselben, sind aufgenommen worden:

1897	3 Männer.
1898	2 »
1899	4 »
1900	3 »
1901	7 »
	19 Männer, oder 21,59

pCt. aller Alkoholiker, und in der Polizeistation im Jahre:

1899	1 Mann,
1901	1 »
	2 Männer.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Atlas und Grundriss der Ophthalmologie und ophthalmoskop. Diagnostik von Prof. Dr. O. Haab (Zürich) Lehmann's medicinische Handatlanten. Bd. VII. 3. Auflage, mit 149 farbigen und 7 schwarzen Abbildungen. (München. J. F. Lehmann 1900).

Dieser vortreffliche Handatlas bedarf gewiss keines empfehlenden Wortes mehr; hier sei nur auf seine neue, stark vermehrte Auflage hingewiesen. Die mit bekannter Meisterschaft hergestellten ophthalmoskop. Bilder. sind noch um einige wichtige vermehrt. Wie in der zweiten Auflage so sind auch in dieser zwischen die ophthalmoskop. vielfach auch die entsprechenden patholog. anatomischen Bilder eingeschaltet, welche, gleichfalls schön ausgeführt, das Spiegelbild anatomisch erläutern und den Werth des Atlas noch erhöhen. Der einleitende Text bietet eine ausgezeichnete Anleitung zur Ophthalmoskopie und wird jedem in dem Gebrauch des Augenspiegels Ungeübten besonders willkommen sein.

Blessig.

Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Centralorgane etc. von Dr. H. Obersteiner. 4. Auflage. (Leipzig und Wien 1901. Deuticke).

Ref. verdankt den früheren Auflagen des vorliegenden Buches zu viel Belehrung und Aufklärung, als dass er nicht freudig die Gelegenheit ergreifen sollte, wenn es gilt die neue vermehrte und verbesserte Auflage des Obersteinerschen Buches zu besprechen. Doch ist besprechen und empfehlen hier wirklich beinahe eins, denn jedes Capitel an sich und das ganze Buch bieten uns alles, was wir zu suchen im Stande sind. Alle Fortschritte sowohl auf technischen als auch auf anatomisch-physiologischem Gebiete findet man, ja jede Errungenschaft der letzten Jahre. Andererseits muss Ref. es als einen Vorzug bezeichnen, dass Verfahren, deren Werth und allgemeine Verwendbarkeit noch mancher Prüfung bedürfen, (wie beispielsweise das Bethe'sche) nur kurz Erwähnung gefunden. Wir wünschen dem Buch den Erfolg, den sein Verfasser durch Arbeit und Mühe von neuem reichlich verdient hat!

Voss.

Die physikalisch-diätetische Therapie in der Nervenheilkunde von Dr. J. Hirschkron. (Seitz u. Schauer. 1901. München).

Es kann allerdings nicht schaden, wenn den Aerzten die physikalischen Heilmethoden (Electro-Hydro-Balneotherapie und-

Massage etc.) immer von Neuem an's Herz gelegt werden; der Arzneimittelerfindungsunfug soll in diesen Bestrebungen ein heilsames Gegengewicht finden. Doch nur von diesem Standpunkte aus lässt sich die vorliegende Schrift empfehlen. Neues, Eigenes enthält sie nicht, das Alte und Erprobte in lesbarer Form.

Voss.

Der VII. Congress der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Breslau vom 15./28.—17./30. Mai 1901.

Der Werth der Congresse fällt immer mehr und mehr, namentlich in wissenschaftlicher Beziehung, wenn die Zusammenkünfte in grossen Städten vor sich gehen, wo so viele anderweitige Genüsse die Theilnehmer von den Sitzungen abziehen, so dass eine Reorganisation in nächster Zukunft unablässig erscheint. Wie aber die Congresse in nächster Zukunft zu organisiren sind, das hat uns so recht der VII. Dermatologen-Congress gezeigt, dessen wissenschaftliche Ausbeute dank der praktischen Organisation für jeden Theilnehmer ein ganz bedeutender gewesen. Nachdem schon vor einigen Jahren für die Dermatologen-Congresse beschlossen worden, nur noch freie Vorträge zuzulassen und das Ablesen von Manuscripten nicht zu gestatten, wurde bei den internationalen Lepra- und Syphilis-Congressen schon versucht einen weiteren Schritt zu machen und die Hauptvorträge vorher drucken und vertheilen zu lassen, doch erschienen die Arbeiten doch so spät, dass man nicht rechtzeitig mit ihnen bekannt werden konnte, so dass doch noch längere Vorträge nicht zu vermeiden waren, die meist nur ermüden und ein Sichhineindenken in die behandelten Fragen unmöglich machen.

Die Organisation des VII. Dermatologen-Congresses bot nun, Dank dem idealen Organisator Prof. Neisser, zum ersten Male das durchgeführte Princip: Alle Vorträge vorher gedruckt und einige Wochen vorher den Theilnehmern zugesandt, daher directer Eintritt in die Discussion über die bereits bekannten Vorträge. Ferner möglichst viele Demonstrationen, systematisch gruppirt.

Dem Congress, zu welchem sich über 200 Dermatologen, darunter die meisten bekannten Dermatologen Deutschlands und Oesterreichs versammelt, hatten sich zahlreiche Vertreter des Auslandes zugesellt, so Dubois-Harmith aus Brüssel, Moeller aus Stockholm, Ehlers, Forchhammer und Bang aus Kopenhagen, Rona, Justus und Hawasch aus Budapest. Aus Russland waren ausser Prof. Petersen noch Dr. Serapin aus St. Petersburg, Dr. Speranski aus Moskau und Dr. Elsenberg aus Warschau erschienen.

Die Aufnahme war, wie gewöhnlich, eine äusserst liebenswürdige; die Breslauer Collegen hatten in den Pausen täglich die Theilnehmer zu einem gemeinsamen Frühstück geladen und Prof. Neisser und Frau gaben sämmtlichen Congressgliedern in einem Gartenlocal ein solennes Festessen, ein gewählter Kreis fand sich ausserdem noch in der wundervollen Villa Neisser's zu einem Abschiedsessen zusammen, dem auch der Oberpräsident Schlesiens beiwohnte.

Die I. Sitzung wurde am 15. Mai, um 9 Uhr Morgens, durch den Vorstandspräses Prof. Wolff mit kurzer Ansprache eröffnet und Prof. Neisser mit Acclamation zum Vorsitzenden gewählt, worauf man sofort zu den Demonstrationen schritt, die sich auf das erste der beiden Hauptthemata (Beziehungen der Hautnerven zur Vertheilung der Hauteruptionen und die Lichtbehandlung) bezogen.

Loeblowitz stellte einen Fall von ausgebreitetem Naevus pigmentosus pilaris bei einem jungen Manne vor; Neisser einen Fall von Pityriasis rubra pilaris, die er doch von Lichen ruber acuminatus abscheiden möchte, wogegen Kaposi und Herxheimer opponirten. Ferner zeigte Neisser einen Fall von Sclerodermie, wobei er erwähnte, dass er dabei mehrfach Besserung durch subcutane Injection von Thiosiamin (10 proc. wässerige Lösung mit Zusatz von 20 pCt. Glycerin) gesehen.

Hieran knüpfte sich sofort eine lebhafte Discussion. Juliusberg (Breslau) hat auch bei Lupus vulgaris damit gute Erfolge erzielt; schon nach 10 Injectionen deutliche Besserung. Die Narben werden weicher und glatter, die Knötchen resorbiren sich. Er stellt eine bedeutend gebesserte Patientin vor.

Galevski (Dresden) hat mit 10—15 proc. Lösung in einem Falle von Sclerodactylie bedeutende Besserung erzielt; in einem anderen Falle jedoch blieb der Erfolg aus. Herxheimer empfiehlt das Mittel subcutan ebenfalls, das Pflaster jedoch giebt kein Resultat.

Chotzen empfiehlt bei Cheloiden Injectionen in verschiedener Tiefe in deren Umgebung zu machen.

Spiegler dagegen meint, Thiosiamin wirke nicht anders wie alle Mittel, die bei subcutaner Injection an pathologisch veränderten Hautpartien Reaction bewirken.

Sachse zeigt einen Fall von Erythema exsudativum perstans, welcher bereits mehrere Jahre besteht.

Kaposi möchte diesen Fall als Urticaria perstans annularis ansprechen.

Pick zeigt bei dieser Gelegenheit sehr hübsche Photographien von Urticaria bei Pferden, die sich zuweilen recht lange hält.

Neisser möchte den Namen Urticaria nur für vasomotorische Veränderungen reserviren, sobald sich entzündliche Erscheinungen zeigen, hat man es doch mit einem Erythem zu thun.

Pick meint dagegen, dass die Grenze zuweilen sich schwer feststellen lässt.

Schaeffer (Breslau) demonstrirt 3 Fälle von Lichen ruber (L. verrucosus, L. atrophicans).

Rau — 1 Fall von Hyperkeratosis congenita der Achselhöhlen und der Ellenbogenbeugen mit strahlenförmigen Ausläufern bei einem Manne.

Schulz — Dermatitis lichenoides und 1 Fall von Lichen planus mit starkem Jucken.

Es entwickelt sich eine lebhafte Discussion über die Unterscheidung von Lichen ruber und Lichen chronicus Vidal der nach Touton sich leicht dadurch unterscheidet, dass er, wenn man das Jucken wegschafft, klar als blasse graue Knötchen sich manifestirt.

Merkwürdig war ferner 1 Fall von Bromexanthem, welcher nur die Nasenflügel einnahm (Dr. Harttung).

II. Sitzung.

Nach Fortsetzung von Demonstrationen (Porokeratosis pectoris, Prurigo pedis, Pityriasis lichenoides chron.) schritt man zur Discussion über das Thema: Die Nervenvertheilung in der Haut in ihrer Beziehung zu den Erkrankungen der Haut. Im Laufe des letzten Jahres hatten zum Zwecke der Sammelforschung 25 Mitglieder eine Reihe von Krankengeschichten eingesandt, die im Auftrage der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft von Blaschko bearbeitet worden und uns in einer Monographie in Grossformat mit 22 Tafeln Abbildungen zugesandt waren.

Blaschko kommt auf Grund eingehenden Studiums der anatomischen Literatur zum Schluss, dass die Hautgebiete der peripheren als auch einzelner spinalen Nerven annähernd bekannt sind, umstritten sind die Angaben über die Vertheilung der Spinalnerven der unteren Extremitäten.

Die Gebiete der einzelnen Spinalwurzeln stellen am Rumpf horizontale Bänder, an den Extremitäten longitudinale resp. V oder Λ förmige Streifen dar. Unterschiede in der Form und Lage der von einzelnen Spinalnerven versorgten Hautgebiete werden durch Alter, Geschlecht, Körperbau, sowie durch individuelle Variationen gegeben. Die gegenseitige Abgrenzung der Hautgebiete spinaler Nerven wird durch die gegenseitige Ueberlagerung erschwert (Doppelinnervation). Die von einzelnen spinalen Segmenten des Rückenmarkes versorgten Hautpartien müssen offenbar in Folge der Vertheilung der in das Mark eintretenden Fasern eine etwas andere Form haben als die zu den Spinalnerven gehörigen Gebiete, doch sind die Unterschiede nicht gross genug, um augenfällige Differenzen zwischen radiculären und medullären Störungen zu begründen; insbesondere ist die Brissaud'sche Lehre, dass an den Extremitäten in Folge einer secundären Metamerie im Cervical- und Lumbalmark medulläre Erkrankungen quere (articulär oder natürlich begrenzte) Ausfallserscheinungen zur Folge hätten, eine weder klinisch, noch anatomisch, noch entwickelungs-geschichtlich begründete Hypothese.

Weniger gut bekannt sind die vasomotorischen und secretorischen Nerven der Haut.

Im klinischen Theil seiner Arbeit kommt B. zu folgenden Schlüssen:

Bei Herpes Zoster handelt es sich um Affection eines Spinalganglions, selten mehrerer, und die Hautaffection zeigt sich entsprechend dem Hautnervengebiet desselben. Die Existenz eines sogenannten angeborenen Zoster's nach Brissaud stellt Blaschko in Abrede, ebenso wie er den Zusammenhang der sogenannten nervösen linearen Naevi-

mit dem Nervensystem negiren muss und sie für durch embryonale Veränderungen bedingt hält, sie breiten sich wahrscheinlich entsprechend der Lage der Papillarleisten aus. Ebenso spricht sich B. auch gegen den Zusammenhang der Naevi pigmentosi mit dem Hautnervensystem aus. Desgleichen liegen auch die Naevi vasculares nicht entsprechend den Hautnerven, sondern folgen der Ausbreitung der Hautgefässe.

Aus der interessanten Arbeit Blaschko's folgt jedenfalls, dass symmetrische gliedweise Ausbreitung von Hautveränderungen noch nicht allein auf nervösen Ursprung zu schliessen gestatte und unterliegt diese Frage noch weiterer kritischer Forschung.

Pick jun. demonstrirt einen Fall von Acne rosacea, complicirt durch Epitheliom der Nase.

Loevenhardt zeigte der Versammlung eine Reihe neuer Cystoskope und Röntgenbilder der Harnröhre mit darin liegenden Apparaten.

Kollmann hatte wiederum eine Collection Dilatatore, sowie ein Universalcystoscop mitgebracht, Ledermann eine dreieckige Wanne zu Blasenspülungen, die recht praktisch erscheint.

(Fortsetzung folgt).

Vermischtes.

— Die Feier des 80. Geburtstages Professor Rudolph Virchow's verspricht, nach den Vorbereitungen in fast allen medicinischen und anthropologischen Gesellschaften der Welt zu urtheilen, eine grossartige zu werden. In allen Culturländern haben sich Comités gebildet, welche über die Art der Betheiligung an der Ehrung Virchow's zur Geburtstagsfeier berathen und meistentheils sich die Aufgabe gestellt haben, durch Sammlungen die Virchow-Stiftung zu verstärken. Im russischen Comité hat an Prof. Sklifossowski's Stelle, der aus Gesundheitsrücksichten zurückgetreten ist, der Chef der Militär-Medicinischen Akademie Prof. Tarenetzki den Vorsitz übernommen. Wie verlautet, hat die Berliner Medicinische Gesellschaft den Bau eines Virchow-Hauses als dauernde Erinnerung an den bevorstehenden 80. Geburtstag ihres Ehrenpräsidenten beschlossen. Als Baukapital stehen bereits ca. 150,000 Mark zur Verfügung und den Bauplatz wird die Stadt Berlin unentgeltlich hergeben. Die eigentliche Feier wird am 7. (20.) October im grossen Sitzungssaale des preussischen Abgeordnetenhauses stattfinden.

— Prof. Dr. Rudolph Virchow ist vor Kurzem zum stimmberechtigten Ritter des preussischen Ordens pour le mérite für Wissenschaft und Kunst ernannt worden.

— Zu Ehren Prof. Dr. Robert Koch's (Berlin) veranstaltete das Royal Institute of Public Health in London ein Festmahl und überreichte demselben bei dieser Gelegenheit die ihm für dieses Jahr verliehene Harden-Medaille, sowie das Ehrenmitgliedsdiplom der Gesellschaft.

— Vor Kurzem feierte in Berlin der Geheime Sanitätsrath Dr. Koerte, Vater des bekannten Chirurgen Prof. Koerte, in körperlicher und geistiger Frische sein 60jähriges Doctorjubiläum.

— Die Leopoldinische-Karolinische Akademie der Naturforscher in Halle hat an Stelle des verstorbenen Prof. v. Pettenkofer in München den bekannten Wiener Kliniker Prof. Dr. Nothnagel zum Vorstandsmitglied der Fachsection für Medicin gewählt. Die Amtsdauer ist zehnjährig. Die beiden anderen Vorstandsmitglieder dieser Section sind die Professoren Virchow und v. Leyden.

— Zum Rector der Universität Jurjew (Dorpat) ist für das nächste Quadriennium der Professor ord. des Staatsrechts Dr. A. Filippow ernannt worden. F. hat seit 1892 den Lehrstuhl des Staatsrechts an der genannten Universität inne und bekleidete einige Jahre auch das Amt des Prorectors daselbst.

— Am 3. Juli beging Dr. Ladislaus Roth in Staschow (Gouv. Radom) das 40jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit.

(Gaz. lekarska. — Wr.)

— Der bisherige Privatdocent und ausseretatsmässige Assistent Dr. Kischkin ist zum ausserordentlichen Professor auf dem Lehrstuhl der ärztlichen Diagnostik mit propädeutischer Klinik an der Moskauer Universität ernannt worden.

— Zum ausserordentlichen Professor der Augenheilkunde an der Warschauer Universität ist der Privatdocent der Charkower Universität Dr. E. Nesnamow ernannt worden.

— Zur Besetzung des vacant gewordenen Lehrstuhls der Pharmakologie an der Moskauer Universität ist ein Concurs ausgeschrieben worden. Die Bewerber haben ihre Gesuche bis zum 25. September d. J. einzusenden.

— Verstorben: 1) Am 12. Juli n. St. zu Dresden unser Landsmann, der sächsische Hofrath Dr. Justus Schramm, Oberarzt des Dresdener Carola-Hospitals, im 65. Lebensjahre. In Dorpat geboren, erhielt er im dortigen Gymnasium seine Schulbildung und bezog bald darauf die örtliche Universität, an welcher er von 1857—1861 Medicin studirte und der Verbindung «Livonia» angehörte. Er setzte seine Studien fort in Würzburg, wo er 1863 auch die Doctorwürde erlangte, dann in Wien und Prag und fungirte 1865 und 1866 als Assistent an der von dem berühmten Gynäkologen Prof. Scanzoni geleiteten Universitäts-Frauenklinik in Würzburg. Nachdem er im Jahre 1870 auch in Dorpat zum Doctor med. promovirt worden war, liess er sich als praktischer Arzt in Dresden nieder, wo er bald eine ausgebreitete Praxis sich erwarb und anfangs zugleich die Frauenklinik leitete, von 1878 an aber den Posten eines Oberarztes am Carola-Hospital bekleidete. — 2) In Jekaterinosslaw der wirkl. Staatsrath Dr. Wladimir Swjatlowski plötzlich im Alter von 50 Jahren. Der Hingeschiedene war nach Absolvirung des Cursus in der Medico-Chirurgischen Akademie (1874) anfangs Militärarzt, dann Redacteur des «Medizinski Westnik» in St. Petersburg, in den 80er Jahren Fabrikinspector im Charkowschen und Warschauschen Gouvernement und in den 90er Jahren Dirigirender der kaukasischen Bäder. Vor ca. 5 Jahren liess er sich in Jekaterinoslaw nieder, wo er die Redaction der Zeitung «Pridnjeprowski Krai» übernahm. S. ist auch vielfach auf dem Gebiet der Hygiene literärisch thätig gewesen. — 3) Am 21. Juli bei Moskau der Privatdocent und Ordinator der psychiatrischen Universitätsklinik in Moskau, Dr. Ardaleon Tokarski im 42. Lebensjahre an Phthisis complicirt mit Diabetes. Der Verstorbene, welcher aus Ssaratow stammte, hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater (1879 und 1880) und Moskauer Universität erhalten, an welcher letzteren er 1885 den Arztgrad und 1893 die Doctorwürde erlangte, worauf er sich speciell mit Nerven- und Geisteskrankheiten beschäftigte.

— Der militär-medicinischen Academie ist die Aufnahme von Absolventen der Realschulen (mit einem Ergänzungsexamen in der lateinischen Sprache) als temporäre Massregel auf 5 Jahre gestattet worden, jedoch erst vom nächsten Jahre (1902) an.

— Im Kaiserlichen Sanatorium «Hallila» in Finland ist, wie die Tagesblätter erfahren, wegen bevorstehender Kapitalremonte der Gebäude die Aufnahme von Patienten einstweilen eingestellt worden.

— Recepte in russischer Sprache. Seit einiger Zeit macht sich unter den russischen Aerzten eine Strömung bemerkbar, welche dahin zielt, beim Verschreiben ärztlicher Recepte die lateinische Sprache durch die russische zu ersetzen. Bekanntlich vertrat unter Anderen der verst. Professor Manassein diese Ansicht und suchte auch in seiner Zeitschrift «Wratsch» für den Gebrauch der russischen Sprache statt der bisher üblichen lateinischen beim Receptverschreiben Propaganda zu machen. Es ist daher erfreulich, dass das Ministerium der Volksaufklärung diese Frage den medicinischen Facultäten überwiesen hat, welche nun fast übereinstimmend nachstehendes Gutachten abgegeben haben:

Im Laufe der Jahrhunderte hat sich auf historischem Wege eine Technik des Receptschreibens entwickelt, die bei Anwendung der lateinischen Sprache eine Präcision und Knappheit des Ausdrucks ausgebildet hat, die kaum übertroffen werden dürfte. Abgesehen hiervon, existirt noch keine russische, allgemein angenommene Nomenclatur der Arzneimittel und kann auch, wie die Dinge nun einmal liegen, nur sehr schwer oder gar nicht geschaffen werden. Sollte man dennoch den Versuch machen, eine in wissenschaftlicher Beziehung genügende russische Nomenclatur auszuarbeiten, so wären selbst bei grösster Gewissenhaftigkeit und enormem Arbeitsaufwande schwerwiegende Verwechslungen seitens der Aerzte und Pharmaceuten unvermeidlich. Endlich hätte die Ausfertigung von Recepten in russischer Sprache auch praktische Unzulänglichkeiten im Gefolge. Die lateinisch geschriebenen Recepte haben bekanntlich Curs in der ganzen Culturwelt, und in der medicinischen Wissenschaft aller civilisirten Staaten spielt die lateinische Sprache etwa die Rolle, wie die französische in der diplomatischen Welt, so dass man beispielsweise ein in Petersburg verfasstes Recept ebenso gut in

Capstadt wie in Sidney oder Bombay anfertigen lassen kann. Dass bei Recepten in russischer Sprache diese Annehmlichkeit fortfallen würde, erscheint selbstverständlich.

In Anbetracht dieser und vieler anderer ebenso schwerwiegender Gründe haben sich die medicinischen Facultäten übereinstimmend gegen die angeregte Neuerung ausgesprochen.

— Eine Ausstellung und ein Congress zur Bekämpfung der Seekrankheit findet unter dem Protectorat des Königs der Belgier im August und September d. J. in Ostende statt. Der Congress, welcher von der «Ligue contre le Mal de Mer» veranstaltet wird, soll sich wissenschaftlich und praktisch mit der Seekrankheit und deren Bekämpfung beschäftigen. Nähere Auskünfte ertheilt der oben genannte Verein in Paris, Boulevard Port Royal 82.

— Ein Congress der «Laienärzte» Deutschlands soll, wie wir der «Allg. med. Central-Ztg.» entnehmen, im September d. J. in Berlin stattfinden. Er wird die Naturheilkundigen, Magnetopathen, Kneippianer u. s. w. vereinigen und hauptsächlich über die Massnahmen zur Erhaltung der Curirfreiheit berathen. Die Herren scheinen eine Beendigung ihrer Herrlichkeit durch gesetzgeberische Massnahmen zu befürchten.

— Die 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte wird vom 9. (22.) bis 15. (28.) September d. J. in Hamburg stattfinden. Geschäftsführer der diesjährigen Versammlung sind: der Director des physikalischen Staatslaboratoriums Prof. Dr. Voller — für die naturwissenschaftliche Hauptgruppe, und Medicinalrath Dr. Reineke — für die medicinische Hauptgruppe. Auf den 23. und 27. September sind allgemeine Versammlungen angesetzt und am 25. September wird eine Gesammtsitzung beider Hauptgruppen stattfinden, in welcher die neuere Entwickelung der Atomistik (Jonen, Gas-Jonen und Electronen) das Verhandlungsthema bilden wird. Die medicinische Hauptgruppe wird am 26. September unter Vorsitz Prof. Dr. Naunyn's (Strassburg) eine gemeinschaftliche Sitzung abhalten, in der Prof. Ehrlich (Frankfurt) und Prof. Gruber (Wien) über die Schutzstoffe des Blutes sprechen werden. — Mit der Versammlung sind mehrere Ausstellungen von Apparaten optischer und feinmechanischer Werkstätten verbunden. Allen Theilnehmern an der Versammlung wird eine Festschrift: «Hamburg in naturwissenschaftlicher und medicinischer Beziehung» überreicht werden.

— Ein Album kurländischer Aerzte soll in kurzer Zeit herausgegeben werden, in welchem alle diejenigen Aerzte, die in Kurland practiciren oder einmal prakticirt haben, auch wenn sie gegenwärtig anderswo leben, Aufnahme finden werden. Mittheilungen werden erbeten an Dr. Brennsohn, Mitau, Grosse Strasse Nr. 3.

— Am 25. Juli fand hier die Einweihung und Eröffnung der von der St. Petersburger Stadtverwaltung eingerichteten Localitäten (im Hause Nr. 37 der Cherssonskaja) zur Isolirung von Personen, die aus ihren inficirten Quartieren zeitweilig entfernt werden müssen statt. Das Isolirhaus, welches mit einer Desinfectionskammer verbunden ist, bietet Raum für 80 Personen, die in 4 getrennten Abtheilungen untergebracht werden, je nachdem Pocken, Scharlach, Diphtherie und Typhus exanth. die Ursache ihrer Isolirung abgeben.

— Purgatol (s. Purgatin), ein neues Abführmittel. Prof. Dr. E. Stadelmann (in Berlin, früher in Dorpat) empfiehlt das Anthrapurpurindiacetat (Purgatol), welches eine chemisch reine, geschmacklose krystallinische Substanz darstellt, als ein treffliches Laxans ohne unangenehme Nebenwirkungen, namentlich ohne Nierenreizungen, nur selten wurden stärkere Leibschmerzen bewirkt. Seine Wirkung ist eine sehr milde: 2,0 bewirken in der Regel nur 1 bis 2 breiige Stühle in 3 bis 20 Stunden. St. hat das Purgatol nur als Drasticum in Gaben von 2,0 angewandt, glaubt aber, dass das neue synthetische Abführungsmittel auch in Dosen von 0,5 bei chronischen Verstopfungen der Neurastheniker, Hämorrhoidarier etc. sich bewähren wird. Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 7. Juli d. J. 7751 (64 mehr als in d. Vorw.), darunter 430 Typhus — (28 mehr), 757 Syphilis — (9 mehr), 281 Scharlach — (21 wen.), 122 Diphtherie — (15 mehr), 54 Masern — (6 wen.) und 17 Pockenkranke — (1 mehr als in der Vorw.).

Am 14. Juli d. J. betrug die Zahl der Kranken 7759 (8 mehr als in der Vorwoche.), darunter 479 Typhus — (49 mehr), 759 Syphilis — (2 mehr), 252 Scharlach — (29 wen.), 119 Diphtherie — (3 wen.), 59 Masern — (5 mehr) und 13 Pockenkranke (4 wen. als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 8. bis zum 14. Juli 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
455	350	805	229	113	139	10	2	23	60	65	57	41	28	26	7	5

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 2, Typh. abd. 26, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 33, Scharlach 14, Diphtherie 29. Croup 0, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 20, Erysipelas 4, Grippe 4, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 70, Tuberculose anderer Organe 20, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 55, Marasmus senilis 20, Krankheiten der Verdauungsorgane 249, Todtgeborene 29.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Schwester Const. Schmidt, Петерб. ст. Матвѣевская ул. д. 9, кв. 20.

Frau Hasenfuss Мал. Подъяческ. д. 14 кв. 15.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Frau Gülzen, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 10.
Frau L. A. Bogoslawskaja, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.
Ольга Свѣтлова, Сергіевск., д. 17, кв. 19

Dieser № liegt ein Prospect über «Tannalbin (Knoll) als Antidiarrhoicum» bei.

Довв. ценз. Спб., 14 Августа 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 33 St. Petersburg, 18. (31.) August. **1901**

Zur Frage über die Erblichkeit der Schwindsucht.[1])

Von

Dr. S. Unterberger.

Jeder einzelne individuelle Organismus, sagt Strümpell, ist eine in allen einzelnen Theilen bestimmt gegebene Grösse. Ist der Organismus von vornherein in allen seinen Theilen normal entwickelt, so kann eine krankhafte Störung, welche den normalen Ablauf der Lebensvorgänge unterbricht oder vernichtet, nur durch eine von aussen kommende («exogene») bestimmte Schädlichkeit bewirkt werden. Ist aber in der ursprünglichen individuellen Anlage von vornherein irgendeine — in ihrer Qualität uns meist noch ganz unverständliche — angeborene («endogene») Anomalie gegeben, so bedarf es in vielen Fällen überhaupt keiner besonderen neuen Ursache mehr[2]), um eine im weiteren Ablaufe des Lebens bald früher, bald später auftretende «Krankheit» hervorzurufen. Wie aber schon angedeutet ist, kommen neben der krankhaften Veranlagung eines bestimmten Organs oft genug gleichzeitig auch äussere Schädlichkeiten in Betracht. Denn das abnorm schwache Organ kann um so länger aushalten und functionsfähig bleiben, je mehr es geschont und gepflegt wird und je weniger schädlichen Einflüssen es ausgesetzt ist. Ist die angeborene Veranlagung sehr bedeutend, so genügt sie allein, ohne weitere von aussen dazu kommende Schädlichkeiten, zur Hervorrufung der Krankheit; ist sie im geringen Grade vorhanden, so wird das Auftreten der Krankheit zugleich in mehr oder weniger wesentlicher Weise von äusseren Umständen beeinflusst. Neben rein endogenen und rein exogenen Krankheitszuständen haben wir also auch endogene Krankheiten infolge exogener Veranlassungsursache.

«Die Trennung der Krankheiten in endogene und exogene lässt unwillkürlich der Vorstellung Raum, als ob es sich bei der Entstehung dieser beiden Gruppen um zwei einander ausschliessende Krankheiten derselben Art und Werthigkeit handle. Von einer solchen Ausschliesslichkeit kann aber gar keine Rede sein. Jede «endogene» Krankkeit bedarf zu ihrem Ausbruch eines auslösenden Momentes, also einer «äusseren Ursache». Jede «exogene» Krankheit dagegen bedarf eines Bodens, auf dem sie sich entwickelt. Alle Krankheiten verlangen zu ihrer Entstehung sowohl ein endogenes wie ein exogenes Moment, nur in wechselnder Combination, derart, dass an dem einen Ende der Reihe die Krankheiten stehen, bei denen die endogenen, an dem anderen Ende die Krankheiten stehen, bei denen die exogenen Momente überwiegen. Das endogene Moment ist in der individuellen Constitution begründete Anlage. Das exogene Moment ist generell d. h. in allen Individuen als gleiche Potenz gegenüberstehende Auslösung.» (Martius.[3])

Will man das Möbius'sche Eintheilungsprincip der Krankheiten in endogene und exogene gelten lassen, so erhebt sich jetzt die Frage, zu welcher Kategorie die Schwindsucht gehört. Die Infectionisten antworten selbstverständlich, dass die Schwindsucht eine rein exogene Krankheit sei und vermögen

[1]) Prof. Dr. A. Riffel: Weitere pathogenetische Studien über Schwindsucht und Krebs etc. Text und Tafeln. Verlag von J. Alt. Frankfurt a. M. 1901.
Unterberger: Ueber die Disposition zur Tuberkulose und deren Bekämpfung durch Sanatorien. Zeitsch. f. Tuberculose und Heilst. Bd. 2, Heft 1, 1901.
Reibmayer: Ueber die natürliche Immunisirung bei tuberculösen Familien. Münch. med. W. 18, 1901.
Nauss: Immunserum und Schwindsucht. Aerztliche Rundschau 1901.
Ballota Taylor. La porte d'entrée pour le bacille de la tuberculose. 1900.

[2]) Wie es Strümpell bei Diabetes und einzelnen Leber- und Nierenkrankheiten nachgewiesen.

[3]) Martius: Pathogenese innerer Krankheiten. Heft 1 und 2, 1900.

die Behauptung der Hereditarier von einer endogenen Entstehung dieser Krankheit überhaupt nicht zu verstehen. Nach Ansicht der «orthodoxen Bacteriologen» fliegen die Bacillen wie Kugeln im Kriege, was unversehrt bleibt, ist von ihnen verschont. Nur der Bacillus, sagen sie, hat Leben und Wirklichkeit, nur er bedingt das Wesen der Krankheit; die Disposition ist ein Ammenmärchen. Der menschliche Organismus ist somit dem schädlichen Einflusse der Bacillen stets exponirt, deshalb wird von den Infectionisten die Disposition gleichgestellt der Exposition. Diese Anschauung lässt sich nach unseren Anschauungen über Pathogenese der Krankheiten jetzt nicht halten. Die Disposition für Tuberkulose resp. Schwindsucht ist nicht etwas in der Luft Schwebendes, sie muss irgendwo ihren Sitz haben, d. h. ein Substrat, in dem sie sich entwickelt und abläuft. Krankhafte Störungen oder krankhafte Veränderungen ohne anatomischen Sitz giebt es nicht! Diesen «anatomischen Gedanken» Virchow's dürfen wir bei Besprechung der Pathogenese der Krankheiten nie vergessen, nie aus den Augen verlieren!

Wichtig ist jetzt nur die Frage zu entscheiden, welches denn eigentlich die Gewebszellen sind, an welche die specifische tuberculöse Anlage gebunden. Endgiltig ist diese Frage noch nicht entschieden, doch scheinen die neueren Arbeiten dafür zu sprechen, dass die Tuberkelknötchen im Lymphsystem sich entwickeln. Von Alters her ist die «lymphatische Constitution» eng verbunden mit der Tuberculose und Phthise und wir sehen ja meist auch das Lymphsystem bei der Tuberkulose ergriffen. Der Tuberkel wird ja auch als Lymphom von Virchow bezeichnet.

Die an bestimmte Zellen im Organismus und höchst wahrscheinlich an die Zellen des Lymphsystems haftende «specifische Anlage» zur Tuberkulose resp. Schwindsucht scheint vom Standpunkte der «orthodoxen Bacteriologen» nur in dem Koch'schen Bacillus ihr auslösendes Moment zu finden. Zur Tuberkulose ist allerdings nur der Koch'sche Bacillus als auslösendes Moment nöthig, aber bei der Anlage zur Tuberkulose genügt, wie bei jeder anderen Krankheitsanlage, meist eine antihygienische Lebensweise, um die den beanlagten Zellen angeborene Tendenz zur Entwickelung und Wucherung oder zur pathologisch-chemischen Veränderung anzuregen. Wir sehen ja täglich, wie eine eingeleitete hygienisch-diätetische Lebensweise bei den Schwindsüchtigen sofort Besserung erzielt, auch ohne «specifische Mittel» und dabei wirken wir fast ausnahmsweise doch direct auf die Anlage und nicht auf die Mikroben und deren Toxine. Damit aber eine Infection der Anlage durch Tuberkelbacillen erfolgt, muss dieselbe einen gewissen Grad von specifischer Veränderung erreicht haben — eine gewöhnliche Gewebsschwäche genügt nicht! — und dieselbe geht schneller von statten, je grösser die pathologischen Eigenschaften an den Zellen haften und je virulenter die Mikroben sind. Ist die Anlage schwach vererbt und ist die Virulenz der Koch'schen Bacillen schwach, so tritt die Krankheit in milder Form auf.

Das Bild, welches die Wucherung der zur Tuberkulose beanlagten Zellen durch andere auslösende Momente als den Koch'schen Bacillus darstellt, sind also nicht die Koch'sche Tuberkulose, sondern die Scrophulose und die «tuberculoseähnlichen Herde in den Lungen» (Biedert), deren pathologisch-anatomisches Bild gar nicht zu unterscheiden ist von der Tuberkulose. Zu den Folgezuständen der spec. tuberkulösen Anlage in dem Uterinleben haben wir zu zählen: Habitus phthisicus, Hydrocephalus, Marasmus, chron. Intestinalcatarrh etc. Die scrophulösen Processe können ausser durch den Koch'schen Bacillus auch durch andere pyogene Mikroben inficirt werden und somit local oder allgemein dem Organismus Schaden bringen. Störungen in den osmotischen Erscheinungen und in der inneren Secretion der scrophulösen Drüsen werden leicht erzeugt durch antihygienische Lebensweise, welche in Folge von Stoffwechselanomalien Ansammlungen toxischer Producte der regressiven Metamorphose bedingt und gleichfalls den Organismus schädigt und ein letales Ende verursachen kann. Hufeland spricht schon davon, dass Kinder durch fehlerhafte Nahrung scrophulös gemacht werden können.

Das charakteristische Moment einer tuberkulösen Anlage ist die Fähigkeit derselben durch Bildung von Knötchen, d. h. Tuberkel, zu reagiren[4]). Dieselbe wird also ausser durch Koch-sche Bacillen auch durch Parasiteneier, verschiedene Mikroben und pathologisch-chemische Producte erzeugt und stellen dann dar das mannigfaltige Bild der Pseudotuberkulose.

Die Moeller'schen Timotheus-Bacillen sind in dieser Beziehung höchst interessant. Die Knötchenbildungen dieser Mikroben im Kaninchenkörper sind den echten Tuberkeln geradezu verblüffend ähnlich. Es ist völlig unmöglich, durch die histologische und mikroparasitäre Untersuchung Timotheuspilztuberkel von echtem Tuberkel mit Sicherheit zu unterscheiden. (Lubarsch.)

Haftet einmal bei der Tuberkulose die Anlage an die Lymphzellen, so ist das Erscheinen der Scrophulose resp. Tuberkulose in allen Organen leicht erklärlich, weil das Lymphsystem alle Organe durchzieht. Diese Erklärung des vielseitigen Bildes der Tuberkulose in allen Organen ist leichter verständlich als die Hypothese des zufälligen Auftauchens des Koch'schen Bacillus bald in einem oder in dem andern Organ; hier soll er dann bald sofort Schaden bringen, bald Wochen und Jahre lang latent bleiben, um dann plötzlich unter gewissen Bedingungen die Wucherung zu beginnen und seinen deletären Einfluss auf den Organismus zu entfalten. Als Beispiel dafür wird angeführt, dass Kinder erst scrophulös werden, wenn sie anfangen auf dem Boden herumzukriechen und die mit Tuberkelbacillenhaltigem Staub beschmutzten Finger in den Mund stecken, was übrigens erst bewiesen werden müsste. Thatsache ist wenigstens, dass es viele Kinder giebt, die schon bedeutend scrophulös sind, ehe sie nur sitzen können!

Die Veranlagung zur Tuberkulose wird vererbt nicht nur in die zweite Generation sondern auch in weitere Generationen, meist fortlaufend, zuweilen aber auch eine Generation überspringend oder auf Seitenlinien übergehend. Die Wechselwirkung der pathologischen Eigenschaften des Lymphsystems mit allen Organen treten nicht nur im Laufe des ganzen Lebens auf, sondern üben ihren deletären Einfluss aus auch schon im Uterusleben. Die Aborte bei Tuberkulösen,

[4]) Es giebt, sagt Virchow in seiner Rede gleich nach dem Londoner Congress, nicht bloss bacilläre Tuberkel und bacilläre Hepatisation, sondern auch nicht bacilläre. Nicht jedes Ding, in welchem ein Bacillus ist, darf sofort Tuberkel genannt werden. Der Tuberkel ist ein Organismus, ein aus dem Körper selbst hervorgewachsenes Ding, mag es auch entstanden sein durch den Reiz von Tuberkelbacillen. Aber die Tuberkelbacillen selber sind kein constituirendes Element in demselben, sondern das constituirende Element müssen Zellen sein, welche aus dem lebenden Körper selbst hervorgegangen sind. Auf diese Weise kann man eine anatomische Warze, weil zufälliger Weise einmal hie und da in den mikroskopischen Schnitten aus einem anatomischen Auswuchse der Haut ein Tuberkelbacillus sich gefunden hat, nicht für Tuberkulose halten. Nur die wirklich pathologischen Tuberkel und nicht die bloss bacteriologischen müssen in den Vordergrund der Betrachtung gestellt werden.

auch rein germinativen Ursprungs, sind wie bei der Syphilis keine Seltenheit, in solchen Fällen ist aber die Qualität der pathologischen Eigenschaften in hohem Masse vererbt. Aber — und das müssen wir nie vergessen — es können ausser der «tuberkulösen Anlage» auch Anlagen zu verschiedenen anderen Krankheiten gleichzeitig mitvererbt werden. Sehr wichtig ist diese Frage bei der Beurtheilung der medicamentösen Behandlung der Tuberkulösen resp. Schwindsüchtigen, wo zuweilen specifische Mittel angepriesen werden und heilen, welche im Grunde andere vererbte Veranlagungen von Lues, Gicht, Leberleiden u. s. w. in erster Linie bekämpfen, um dann die tuberkulöse Anlage in günstige Verhältnisse zu stellen und zur Heilung zu verhelfen.

Die grosse Menge der uns entgegen tretenden Fälle von Tuberkulösen resp. Schwindsüchtigen mit dem phthisischen Habitus, chron. Lungen-, Knochen- und Gelenkleiden u. s. w. wird von den Hereditariern allein der Vererbung zugeschrieben und Crocy, Haupt, Revillod u. A. wollen diese Zahl auf 90 pCt. festgesetzt wissen. In ca. 10 pCt. von diesen werden wiederum kräftig gebaute, aber hereditär belastete Personen, von der Schwindsucht hingerafft. Bei diesen Kranken muss man wohl annehmen, dass bei der Vererbung das Knochensystem verschont geblieben und dass nur die Lungenorgane durch die «tuberkulöse Anlage» in Mitleidenschaft gezogen worden sind. Umgekehrt finden wir ja hochbetagte Bucklige oder mit Verkrümmungen des Brustkorbes behaftete Leute nie an chron. Lungenkrankheiten leiden, der Process hat in diesen Fällen bei der Vererbung nur das Knochengerüst betroffen, welches verheilt ist.

In ca. 75—90 pCt. der Fälle ist die Tuberkulose resp. Schwindsucht also eine «endogene» Krankheit und das «endogene Moment» ist, wie wir gesehen, in der «individuellen Constitution begründete Anlage». Von diesem Standpuncte aus haben diejenigen nicht ganz Unrecht, welche die typische vererbbare Schwindsucht auch zu den constitutionellen Krankheiten rechnen.

Schon Hufeland sagt: Durch die Zeugung gehen nicht bloss wirkliche Krankheiten, sondern mehr noch die Anlage zu Krankheiten über, die sich dann erst im Laufe des Lebens in gewissen Entwickelungsperioden oder unter begünstigenden Umständen offenbaren und zu wirklichen Krankheiten ausbilden. Dahin gehören die Anlage zur Lungensucht, Gicht, zur Steinerzeugung u. s. w.

Die Lebensversicherungs-Statistik spielt bei der Beurtheilung dieser Frage gewiss eine hervorragende Rolle, denn sie lässt sich nicht von tendenziöser Einseitigkeit und von Moderichtungen — wie sich Martius sehr richtig ausdrückt — beeinflussen, für sie hat nur das Werth, was praktisch als sicher festgestellt ist, um ein gutes Geschäft zu machen. So erklärte schon im Jahre 1887 Oldendorff, dass «als ätiologisches Moment bei der Phthisis die hereditäre Disposition in den Vordergrund trete, während die Gefahr der Ansteckung nur als eine sehr geringe zu betrachten sei». Genaue und wissenschaftlich verwerthbare Daten, die sich auf 50 Jahre (!) erstrecken, sind später von Haegler[5]) veröffentlicht worden. Nach diesem Autor waren von allen Gestorbenen überhaupt 11,63 pCt. phthisisch, von den hereditär Belasteten fielen 23,7 pCt. der Schwindsucht zum Opfer! Ebenso lässt sich nachweisen, dass vorausgegangene Scrophulose zur Lungenschwindsucht «disponirt». Von 234 gestorbenen Versicherten, die bei der Aufnahme vollkommen gesund waren, die aber als Kinder an Scropheln gelitten hatten, sind 46 = 19,7 pCt. an Lungenschwindsucht gestorben. Dasselbe gilt vom «phthisischen Habitus». Diese Zahlen sprechen eine um so beredtere Sprache, wenn man bedenkt, dass es sich um «auserlene Risiken» handelt, dass ferner die Aufnahme erst nach Ablauf desjenigen Alters erfolgte, in welchem nach früherer Ansicht die phthisische Heredität sich geltend macht, und dass endlich die Tuberkulose anderer Organe nicht mitgerechnet ist.

In 10 bis 25 pCt. werden wir die Tuberkulose resp. Schwindsucht für eine endogene Krankheit in Folge exogener Veranlassungsursachen ansehen müssen und das sind vorwiegend die recenten Fälle, wobei die Anlage sich durch Bacterien oder pathologische Stoffwechselproducte in Folge antihygienischer Ursachen gebildet hat, denn in gesunden Organen findet der Bacillus keinen Boden. Zustände, wie sie die Experimentatoren mit den zur Tuberkulose ungewöhnlich beanlagten Meerschweinchen und Kaninchen anstellten und zwar in einer Luft, ganz saturirt mit tuberkulösen Massen, ohne Freiheit und in Abwesenheit frischer Luft, sind wohl schwerlich je bei Menschen beobachtet worden. Die Frage über Infection bei den recenten Fällen von Tuberkulose ist noch lange nicht geklärt! Unsere Kenntnisse über die Biologie der Tuberkelbacillen sind ja aber noch sehr lückenhaft und geben keine Anhaltspunkte zur Lösung dieser so wichtigen Frage. Um objectiv urtheilen zu können, müssen wir weitere Forschungen abwarten, so die Frage von den Mischinfectionen mit Pseudotuberkulose, dann die Fragen, in wie weit bei der Infection die expectorirten Bacillen — wie es jetzt meist angenommen — und in wie weit die aus Saprophyten entstandenen die Infection bedingen. Namentlich bedarf der Erklärung, welche Stoffwechselanomalien die Immunität zur Tuberculoseinfection herabsetzen. Ich bin somit weit davon entfernt, den Satz der «orthodoxen Hereditarier» in allen Fällen zu unterschreiben: Le terrain est tout, le microbe n'est rien (Vergely), aber unsere jetzigen Kenntnisse sind zur Lösung der Frage über die Entstehung der recenten Fälle noch lange nicht spruchreif: Wir haben nicht das mindeste Recht, alle Fälle von Tuberculose resp. Schwindsucht der Hypothese von der alleinigen Infection durch expectorirte Bacillen zuzuschreiben, die nächste Zukunft wird uns gewiss experimentelle Beweise liefern, dass die aus Saprophyten umgewandelten Koch-schen Bacillen dabei eine grössere Rolle spielen. Entsteht aber eine Infection in einem nicht hereditär belasteten Organismus, so kann die Tuberculose weiter vererbt werden, denn Virchow sagt: «Was das lebende Wesen erwirbt, kann es vererben».

Der Koch'sche Bacillus ist seit seiner Entdeckung von vielen Forschern untersucht, doch ist man im Augenblick über seine botanische Stellung noch keineswegs ins Klare gekommen. Die stattliche Ahnenreihe[6]), die C. Fränkel für den Koch'schen Bacillus künstlich

---

[5]) Haegler: Ueber die Factoren der Widerstandskraft. Basel 1896.

Sokolowski hat neuerdings unter 8074 Schwindsüchtigen in circa 24 pCt. Vererbung constatirt. Diese Zahl ist sehr bedeutend, weil er nur die Vererbung von Seiten der Eltern in Betracht zog. Hätte er die Grosseltern bei seinen Aufzeichnungen berücksichtigt, so würden gewiss 75 pCt. sich ergeben. (Zeitschr. f. Tub. etc. Bd. 2. H. 3. 1901).

[6]) Im Jahre 1890 konnte C. Fränkel eine wohlgediegene Cultur von Tuberkelbacillen demonstriren, die in ununterbrochener Folge als 107. Generation von der ersten Koch-schen Cultur (1882) abstammten.

In London auf dem Congress wurden Tuberkelbacillenkulturen demonstrirt, die in direkter Linie seit 20 Jahren von den von Koch zuerst isolirten Tuberkelbacillen weiter gezüchtet worden sind.

erzielt, macht alle Ehre seinem bacteriologischen Cabinet, aber die Kenntniss der Biologie des Bacillus ist damit wenig gefördert. Man muss nicht ausser Acht lassen, dass die Virulenz erhalten blieb nur bei Beobachtung gleicher Lebensbedingungen; der menschliche Organismus bei seinem Wechsel der aëroben und anaëroben Bedingungen des Gewebslebens liefert Momente, welche auf die Virulenz der Tuberkelbacillen von grössem Einfluss sind; so viel steht fest, dass der Koch-sche Bacillus kein Bacillus ist, sondern den Typus eines höher organisirten pleomorphen Pilzes darstellt, der sich aus Saprophyten entwickelt und gewiss überall in der Natur anzutreffen ist. Bei den dem Tuberkelpilze nahe verwandten Pilzen ist es Hueppe gelungen, die Uebergänge aus Saprophyten in virulente Bacillen zu züchten und umgekehrt. Ebenso gelang es Ferran den Bacillus sperminogenes in den Koch'schen zu züchten und umgekehrt. Es ist also nur eine Frage der Zeit, dass wir diese Erscheinung auch für den Koch'schen Pilz werden constatirt finden. Sehr beachtenswerth ist der Ausspruch des alten Trousseau über diese wichtige Frage des Uebergangs der Saphrophyten in virulente Microben: «Le terrain c'est à dire l'économie vivante, voila qui fait, que chacun de nous individualise la maladie à sa mannière; le terrain que nous reçevons par heritage ou que nous façonnons au cours de notre existence; le terrain qui, suivant les états d'immunité, de réceptivité, d'opportunité morbide, peut ennihiler, peut favoriser ou modifier à l'infini le développement des germes».

Die Thier- und Pflanzenwelt bietet uns zahlreiche Analogien, wie wir diese Auffassung der Metamorphose der Tuberkelbacillen aus ihrem Saprophytenzustande verstehen sollen. Wie hoch cultivirte mannigfaltige Früchte und Blumen sich selbst überlassen, wiederum in den ursprünglichen Zustand dieser Arten zurückfallen, so finden wir auch in der Thierwelt, dass die durch Cultur veränderten Pferde, Enten, Tauben etc. in eine Einöde gebracht (Darvin) nach Jahren in den ursprünglichen Zustand dieser Arten sich umwandeln. Während des durch die Cultur veränderten Zustandes, können sie sich eine Zeit lang vermehren, aber sich selbst überlassen, ohne die nöthige Pflege, ohne das nöthige Klima und ohne die nöthige Nahrung, werden sie wieder zu den ursprünglichen Repräsentanten dieser Art. Ebenso können sich die aus Saprophyten entwickelten Koch'schen Bacillen, als solche sich eine Zeit lang vermehren, dieselbe Species produciren — wie wir das bei Impfversuchen und Metastasen deutlich sehen — und dann in den Urzustand verfallen oder zu Grunde gehen, sobald sie nicht die entsprechenden Existenzbedingungen haben.

Die Unverwüstlichkeit des Koch'schen Pilzes, die man nach Analogie unserer Kenntniss über den Milzbrandbacillus glaubt behaupten zu müssen, erweist sich jetzt als ganz unhaltbar. Kitasato hat experimentell bewiesen, dass die meisten der im Sputum oder Caverneninhalte vorhandenen Tuberkelpilze bereits todt sind, wenn sie auch microscopisch von den lebenden Tubercelpilzen sich nicht unterscheiden lassen. Auch viele der im Gewebe befindlichen Pilze dürften bereits abgestorben sein, sagt Cornet, wenigstens spricht dafür, dass aus bacillenreichen älteren Gewebspartikeln es schwer ist kräftige Culturen zu erzielen. Tuberculöses Material in jeglicher Form, ob feucht oder trocken, büsst nach Cornet in verhältnissmässig kurzer Zeit von 1/2 bis 1 Jahr seine Virulenz ein. Neben äusseren Einflüssen scheinen auch innere Gründe die Lebensdauer der Tuberkelpilze zu begrenzen. Es ist daher durchaus unlogisch, sagt Cornet, von einer durch Jahre accumulirten Verseuchung eines Ortes oder einer Wohaun durch Tuberkelbacillen zu sprechen.

Wie der Koch'sche Bacillus in den Organismen e scheint, ist noch unbekannt. Bis jetzt sind noch keii einwandsfreien positiven Fälle von directer Ansteckung durch Inhalation constatirt, obgleich es doch nicht schwer sein konnte, sehr viele zu constatiren, weil ja jeder Arzt zu allen Zeiten unzählige Fälle von Schwindsucht beobachtet. In Anbetracht dieser Thatsachen ist es höchst interessant, zu erfahren, wie viel Bacillen denn eigentlich nöthig sein sollten, um Tuberculose resp. Schwindsucht zu erzeugen, Cornet übernimmt die Beantwortung dieser Frage und drückt sich folgendermaassen aus: «Hat nicht Watson Cheyne für den Milzbrandbacillus gezeigt, dass ein einziger natürlich lebender Bacillus zur Infection genügt? Warum soll es für den Tuberkelbacillus anders sein, vorausgesetzt, dass er wirklich ins Innere des Körpers gelangt und nicht wieder durch Flimmer-epithel etc. eliminirt wird».?! Wo die Natur so verschwenderisch ist in der Thier- und Pflanzenwelt bei den Bestrebungen die Art zu erhalten, da soll ein Bacillus genügen, um das complicirte Bild der Tuberculose zu erzeugen?! Andererseits besitzt nicht der gesunde Organismus in genügender Menge Abwehrmittel![7]).

Die grosse Furcht vor Schwindsüchtigen die bereits zu inhumanen Consequenzen und psychischen Krankheiten — Phthisiophobie geführt, ist unbegründet! Die werthvollen Arbeiten von Michaelis und namentlich Haupt u. A. constatiren zur Evidenz diese Anschauung und können den von de Infectionisten angeführten Beobachtungen die Spitze ten. Die Einwohner in dem vielbesuchten Schwindsuchtsorte Soden, welche die Kranken in ihren Wohnungen pflegen und wo das bacilläre Sputum in Haus und Flur seit Jahrzehnten rücksichtslos umhergeworfen ist, erreichen ein hohes Alter und Schwindsüchtige finden sich nur in Ausnahmefällen und da ist meist Heredität nachweisbar gewesen. Durch das Sputum sind also Milliarden von virulenten Bacillen täglich expectorirt und da könnten unter solchen Bedingungen die Kranken sich nicht erholen, sie müssten vielmekr decimirt werden! Aber Soden, wie die anderen ähnlichen Orte bleiben nach wie vor Bäder, wo die Schwindsüchtigen sich erholen und Genesung finden! Solche Thatsachen dürfen nicht todt geschwiegen werden, sie haben unter gewissen Umständen mehr Werth, als manche Experimente.

Aeusserst interessant und lehrreich ist in dieser Beziehung auch die Arbeit von Riffel über die Erblichkeit der Schwindsucht (1890), die jetzt nach 11 Jahren von neuem durchgearbeitet und unter dem Titel «Weitere pathogenetische Studien über Schwindsucht» erschienen. Die Tuberculoseforscher sind Riffel für diese mühevolle Arbeit grossen Dank schuldig. Riffel hat bekanntlich eine neue Forschungsmethode gewählt, die viele Vortheile aufzuweisen

[7]) Es ist unbegreiflich, wie der hervorragende Gelehrte Morgagni in Padua (1682 bis 1771) solch eine Furcht besass vor Infection durch Phthisiker, dass er sie niemals behandelte und nur eine einzige Section in seinem Leben ausführte! Weder vordem noch nachdem hören wir von Gelehrten, die solch eine Furcht vor Phthisikern besassen, dass sie sich scheuten, diese Leichen zu seziren! Es müssen gewiss Mischinfectionen bösartiger Natur die Tuberculose zu der Zeit complicirt haben. Vielleicht waren aber auch die antihygienischen Verhältnisse und sociales Elend so stark zu der Zeit in Italien verbreitet, dank welcher der grossen Verbreitung der T. Vorschub geleistet wurde. Verständlich ist diese Furcht ganz und gar nicht!

hat und der Nachahmung durchaus werth ist. Riffel hat sich zur Aufgabe gestellt, die allseitige hygienische Durchforschung kleiner Orte, weil diese mit ihrer meist stabilen Bevölkerung einen leichteren Ueberblick gewähren, als grössere Städte und Krankenhäuser mit ihrem, aus allen Weltgegenden zusammengeströmten Menschenmaterial. Auch nach seinen jüngsten Nachforschungen konnte er nicht zur Ueberzeugung kommen, dass die Schwindsucht durch Infection sich verbreitet, vielmehr erscheint ihm die Schwindsucht durch Erblichkeit sich zu äussern. Als eclatantes Beispiel gegen die Infection kann man nach Riffel von den 46 Familien, die er beschrieben, folgende anführen «X, erblich belastet, über 15 Jahre schwindsüchtig, hatte wie so viele andere, die unschöne Gewohnheit, auf den Zimmerboden zu spucken und das Sputum dann mit dem Schuhwerke zu zertreten. Wenn nun seine Frau, die auch während seiner Krankheit das Bett mit ihm theilen und sich des Nachts von ihm anhauchen und anhusten und anschwitzen lassen musste, des Morgens aufstand, so war eines ihrer ersten Geschäfte, dass sie das Zimmer auskehrte und angesichts dessen, was in einem solchen von armen Leuten bewohnten Zimmer alles vorgenommen wird, dabei einen nicht geringen Staub aufwirbelte, der dann von ihr und einem halben Dutzend kleiner Kinder mit vollen Zügen eingeathmet wurde. Aber noch mehr. Diesen Staub der sich natürlich alsbald wieder von Neuem auf dem Boden und auf den Möbeln und an den Wänden festsetzte, hat aber die Frau nicht etwa fein säuberlich mit einem feuchten Tuche wieder abgewischt und desinficirt. Nein, dafür hatte sie kein Verständniss und dazu hatte sie namentlich keine Zeit. Denn nach dieser Arbeit musste sie machen, dass sie in ihr Geschäft kam, um etwas zur Unterhaltung ihres kranken Mannes und ihrer Kinder, die sich tagsüber auf dem staubigen Boden und auf den staubigen Möbeln herumtrieben und gelegentlich auch ihre beschmutzten Finger in die Nase und in den Mund steckten, zu verdienen. Das ist ein Experiment, schreibt Riffel, und zwar ein Experiment mit Menschen, dass viele Jahre lang jeden Morgen ausgeführt wurde, und bei dem alle Bedingungen erfüllt waren, die Cornet für ein Staubinhalationsexperiment und für die Infection durch den Tuberkelbacillus verlangt. Und was ist das Resultat nicht dieses einzigen, sondern dieser Tausende von Einzelexperimenten, die im Verlaufe von vielen Jahren alltäglich mit denselben Menschen ausgeführt wurden? Das Resultat dieser Experimente, dass die Frau jetzt, nachdem ihr Mann bereits drei Jahre todt ist, noch ganz wohl sich befindet, ganz gut aussieht und nach wie vor (sie arbeitet in einer Cigarrenfabrik) ihren Geschäften nachgeht. Aber auch ihre 9 Kinder sind gesund. Nicht einmal scrophulös ist eines geworden. Solche Experimente haben nun auch noch den grossen Vorzug vor den Cornet-schen Thierexperimenten, dass jedermann die Resultate derselben mit blossem Auge sehen, mit Händen greifen und ganz genau untersuchen kann! Man könnte nun vielleicht einwenden, dass diese Frau und dass eines und das andere dieser Kinder doch noch schwindsüchtig werden könne. Das ist meiner Erfahrung nach, schreibt weiter Riffel, sogar sehr wahrscheinlich. Denn die Frau stammt aus einer erblich belasteten Familie und die jetzt noch ganz gesund und blühend aussehenden Kinder sind es somit umsomehr. Wenn nun aber die eine und andere dieser Personen nach 5, 10, 15 oder noch mehr Jahren schwindsüchtig wird, so wird doch — extreme Bacteriologen etwa ausgenommen — Niemand behaupten wollen, dass sie schwindsüchtig wurden, weil sie vor so und so viel Jahren Tuberkelbacillen eingeathmet oder verschluckt haben! Das erschiene angesichts des exact wirkenden Thierexperimentes etwas wunderbar! Da hat doch die Annahme viel mehr für sich, dass die betreffenden Personen schwindsüchtig wurden, weil ihre ererbte «schwache» Constitution nur auf eine gewisse Zeit geaicht war oder weil ein Moment, dass sie so lange erhielt, ausgefallen oder weil ein solches, das den Absterbeprocess einleitete, dazu gekommen ist. Das aber der Tuberkelbacillus dieses letztere Moment bildet, das ist um so unwahrscheinlicher, als sie nicht bei der früheren und ersten Gelegenheit schon schwindsüchtig wurden. Dafür aber, dass erblich belastete, Jahrelang Tuberkelbacillen ausgesetzte Personen sich ganz normal entwickeln (also nicht scrophulös und nicht tuberculös werden) und erst in späteren Jahren schwindsüchtig werden, giebt der Vater der eben erwähnten Familie selbst ein Beispiel. Wenn nun die Frau oder eines oder das andere ihrer Kinder im Verlaufe der Zeit schwindsüchtig sind, so ist das eine ganz gewöhnliche Erscheinung, wie wir sie bei den allermeisten schwindsüchtigen Familien beobachten. Die wichtigsten Schlussfolgerungen der Riffel'schen Arbeit — deren Lectüre jedem Arzte aufs wärmste empfohlen werden kann — lauten: Die «typische» Schwindsucht ist erblich. Die «typische» Schwindsucht und die Tuberculose sind zwei verschiedene Krankheiten, weil man experimentell wohl Tuberculose, aber keine Schwindsucht erzeugen kann, wie man sie bei Menschen verlaufen sieht. Jedes Mal, wo die Schwindsucht in einer Familie durch Heirath auftritt, vererbt sie sich direct auf einzelne Individuen, zuweilen eine Generation verschonend. Eine directe Uebertragung der Schwindsucht von Person auf Person oder durch Wohnungen, Mobilien hat R. nicht constatiren können.

Die so grosse Bedeutung der ererbten Anlage bei der Schwindsucht darf durchaus nicht auf den Menschen deprimirend einwirken. Mit der Krankheitsanlage erhält ja der Mensch auch Mittel vererbt, die, wenn wir sie nur zeitig zu heben und zu kräftigen verstehen, zu einem erfolgreichen Kampfe alle Eigenschaften besitzen werden. «Die Erhaltung der von unseren Vorfahren bereits erworbenen und auf uns vererbten Widerstandskraft gegen das Tuberkelgift ist also das Capital, welches wir durch ein naturgemässes hygienisches Leben zu erhalten streben müssen, dann werden auch die von der Hygiene veranlassten Vorsichtsmassregeln gegen die Ansteckung ebenso den richtigen Erfolg haben, wie Reinlichkeit und Desinfectionsmittel bei einem Operirten mit gesundem Blute (Reibmayr). «Das Wesen des Thierkörpers schliesst mehr in sich, als nur eine chemisch-physicalische Werkstätte. Es steckt also in ihm, wie das vor allem Bunge und Rindfleisch auf das energischste betonen, ein ganz besonderes, ein vitales Moment». (Naud).

Die Verbreitung der Tuberculose resp. Schwindsucht durch den Genuss des Fleisches und der Milch[8]) von tuberculösen Rindern schien als eine Art Axiom zu gelten, findet aber immer noch keine allseitige Zustimmung, sondern steht zuweilen in directem Widerspruche mit der practischen Erfahrung. In der Schweiz z. B. verhält sich die Zahl der Tuberculösen zu den Gesunden wie 2,07 zu 1000, also sehr gering im Vergleich zu anderen Ländern, wo sie bis zu 9,0 : 1000 steigt. Die Zahl der tuberculösen Rinder

[8]) Auf dem Tuberculose-Congress in London sagte R. Koch, dass die Bedeutung der Infection mit Milch, Butter und Fleisch tuberculösen Viehes nicht so gross ist, dass gegen die Rindertuberculose irgend welche Massregeln zu ergreifen sind.

«Mir schien es immer etwas übertrieben zu sein, sagt neuerdings Virchow, dass die Tuberkelbacilien des Rindes so häufig durch Milch und Fleisch und wer weiss was sonst in den menschlichen Körper übergehen, wie man es jetzt gewöhnlich geschildert hat. Ich habe mich dadurch nie hindern

in der Schweiz ist aber enorm, sie beträgt 55,5 : 100. Sprechen diese Zahlen nicht eine deutliche Sprache gegen die Infection als alleinige Ursache der Entstehung der Tuberculose resp. Schwindsucht! Die Mesenterialtuberculose wird jetzt stets auf Infection durch bacillenhaltige Milch zurückgeführt, aber es giebt Länder, wie die die Centren und die Nord-Westgegenden in Spanien, wo die Bevölkerung nur Ziegen- und Schafsmilch — und diese nur in geringen Mengen — geniessen und die Mesenterialtuberculose ist hier nicht geringer, als in anderen Gegenden[9]). Ferner schreibt Ballota Taylor von dem Londoner Arzte Clifford Allbutt der mit seiner ganzen Familie und mit einem grossen Freundeskreise mehrere Monate hindurch bacillenhaltige Milch getrunken und alle blieben gesund! In der königlichen Ferme von Windsor erwiesen sich vor zwei Jahren von den 40 Kühen durch die Tuberculinprobe 36 als tuberculös, aber Fälle von Tuberculose durch diese Kühe sind nicht zu constatiren gewesen. Hier ist es am Platze, die Beobachtungen von Aufrecht wieder einmal anzuführen, wo einer im Delirium einen vollen Spucknapf tuberkelhaltigen Sputums austrank und gesund blieb!

Trotz Spuckgläser[10]) und Vernichtung einer Masse von Sputa kommen noch Milliarden von virulenten Tuberkelbacillen überall hin, welche genügen würden die ganze Menschheit zu inficiren. Dass die Tuberculose resp. Schwindsucht je aussterben wird, das anzunehmen haben wir wohl keinen Grund. Die Tuberculose resp. Schwindsucht ist aber nicht nur eine Krankheit der Armen, so oft müssen wir auch in wohlhabenden und wohlsituirten Kreisen sehen, wie sie ein Opfer nach dem anderen fordert, obgleich alle hygienisch-diätetischen Massregeln getroffen. Unsere einzige Aufgabe wird daher nur sein, die Tuberculose resp. Schwindsucht einzuschränken, sie auf ein Minimum zu reduciren. Der beschriebene Rückgang der Mortalität an Phthisis pulmonum ist wohl kurz den verbesserten Ernährungs-, Wohnungs- und Arbeitsbedingungen auf Grund klarer hygienischer Erkenntniss z[u] setzen[11]).

Es giebt, sagt Oesterlen, in seiner Heilmittellehre, „kein Getränklein und kein Gestänklein auf Gottes weiter Welt, das nicht schon als Heilmittel bei der Schwindsucht empfohlen und angewendet und zwar vergebens angewendet worden wäre". Und er hat im grossen Ganzen Recht. Specifische Mittel für die Bekämpfung der Schwindsucht haben wir nicht und werden sie kaum je haben, aber trotzdem besitzen wir viele Medicamente, die bei der Behandlung von grossen Nutzen sind. Jeder Fall von Schwindsucht verlangt eine individuelle Behandlung. Die rationellste Behandlung der Schwindsucht ist nach dem allgemeinen Urtheil der Jetztzeit die hygienisch-diätetische, wie wir sie ausgearbeitet finden in den grossen Sanatorien[12]) nach den Brehmer-Dettweiler'schen Principien. Da wir aber nie die nöthige Anzahl von Sanatorien haben werden, so werden in hohem Grade die von mir schon seit sechs Jahren proponirten und erprobten Haussanatorien dieselben ersetzen, wobei ich nicht genug betonen kann den grossen Werth der Wasserbehandlung bei der Kräftigung des ganzen Organismus, wie es so leicht in jedem Hospital, in jedem Hausstande ausgeführt werden kann. Das Verdienst für dieses Kräftigungsmittel bei der Behandlung der Schwindsüchtigen gehört voll und ganz Prof. Winternitz. Die Haussanatorien lassen sich billig und leicht in jedem Krankenhause, in jedem Hause durchführen. Allein — die Sanatorien als solche werden nicht im Stande sein, die Schwindsucht vo[ll]kommen auszurotten, sie haben aber jedenfalls [eine] grosse Bedeutung, gesunde Anschauungen über hygienisches Leben zu verbreiten und somit dahin zu wirken, dass sich die sanitären Verhältnisse in Stadt und Land bessern, ohne die an einen erfolgreichen Kampf mit der Tuberculose resp. Schwindsucht, dieser Geissel der Menschheit nicht zu denken ist.

Bei der Schwindsucht spielt somit die vererbte Anlage, d. h. die vererbte Disposition — endogenes Moment — die praevalirende Rolle, gegen welche wir mit hygienisch-diätetischen Massregeln am schnellsten mit Erfolg zu Felde ziehen. Die vererbte Disposition zur Schwindsucht ist also kein Wort «pour masquer 'notre ignorance», sondern sie stellt einen Factor dar, mit dem man unbedingt rechnen muss. Hippocrates hatte bis zu einem gewissen Grade Recht, wenn er sagte: Der Phthisiker stammt ab vom Phthisiker.

---

lassen, Milch zu trinken oder Fleisch zu essen, dass ich die Möglichkeit anerkennen musste, dass vielleicht ein Bacillus drin sässe. Aber ich war auch immer der Meinung, dass es auf einen oder den anderen Bacillus nicht ankommt und dass, wenn man nicht ein gewisses Quantum davon in seinen Körper hineinbefördert, die Gefahr nicht gross ist. Die Bacteriologen thun immer so, wenn sie nur einen Typhusbacillus finden oder einen Cholerabacillus, als genüge das um daraus ohne Weiteres unendliche Millionen von anderen Bacillen dergleichen Art hervorgehen zu lassen. Wir müssen ein wenig vorsichtiger werden und künftig uns wohl hüten, anatomische und bacteriologische Dinge zusammenzuwerfen».

[9]) Biedert beobachtete unter 3104 Obductionen tuberculöser Kinder nur 16 Fälle primärer Darmtuberculose. Baginsky fand unter 933 Fällen von Tuberculose bei Kindern niemals eine Darmtuberculose ohne gleichzeitige Erkrankung der Lunge und Bronchialdrüsen.

[10]) Sehr richtig bemerkt Riffel über die Schattenseiten des Spuckglases «Verdammen wir nicht die Spuckgläser, weil ja die Patienten gewöhnt und erzogen werden an Reinlichkeit und daran erinnert werden, dass es unschön und ekelerregend für andere ist, wenn sie auf den Boden, auf den Treppen und an den Wänden herum spucken. Auf einen Nachtheil aber, den das Spuckglas wenigstens in Kuranstalten hat, möchte ich hier doch aufmerksam machen. Viele Kranken konnten nicht essen, weil alle Augenblicke der eine oder der andere anfing zu husten und zu würgen und schliesslich sein Glas herauszog und hineinspuckte. Ich muss nun sagen, dass auch ich, obwohl ich als Arzt an solche Dinge gewohnt bin, nicht an einem Tische essen möchte, wo Leute sitzen, die husten und würgen und schliesslich das Kunststück probiren, das Losgehustete in ihr Spuckglas zu bringen. Ich hielte es daher im Interesse anderer Kurgäste für besser, wenn man die ärgsten Huster und Spucker auf ihren Zimmern essen lassen wollte».

[11]) Koch warnt vor Ueberschätzung der Bedeutung von Lungenheilstätten als Mittel gegen die tuberkulöse Verbreitung und hält als wesentliche Massregel im Kampfe gegen die Tuberkulose als Volkskrankheit die Besserung der Wohnungsverhältnisse, die Einführung wohnungshygienischer Massregeln. Die bessere Verwerthung der bereits bestehenden Hospitäler für die Unterbringung der Schwindsüchtigen möchte Koch als die wichtigste Massregel in der Bekämpfung der Tuberkulose bezeichnen.

[12]) Der Amerikaner Freudenthal critisirt nicht ganz mit Unrecht die schablonenmässige Behandlung der Schwindsüchtigen in den Liegehallen. Die Liegehalle stellt ja, wie Brehmer sich bereits ausdrückte, nur ein mit Patienten überfülltes Zimmer dar, dem die vierte Wand fehlt. F. hat bei Besichtigungen der Sanatorien in Deutschland die Luft in denselben bisweilen sehr schlecht befunden, wo doch als erste Regel es gilt frische Luft den Patienten zu schaffen. Ausserdem schadet unbedingt einigen Patienten das liegen, die völlige Inactivität. (Freudenthal. Ueber einige neuere Bestrebungen in der Phthisiotherapie-Zeitschr. f. Tub. etc. Bd. 2, Heft 3. 1901).

Der VII. Congress der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Breslau vom 15./28.—17./30. Mai 1901.

III. Sitzung.

Demonstrationen.

1. Pick jun.: Ein Fall von Hauttuberculose der einen Hand bei gleichzeitigem Lupus erythomatodes des Gesichtes.

2. Forchhammer (Kopenhagen): 7 Patienten mit Lupus vulgaris, nach Finsen behandelt, mit ausgezeichtem Erfolg.

3. Schiff: Erfolge der Röntgen-Behandlung:
a) Hypertrichosis faciei einer Frau, nach 6wöcheutlicher Behandlung ist sie seit ca. 2 Jahren ohne Recidiv.
b) Favus, 7 Wochen behandelt, ca. 2 Jahre kein Recidiv. (aber Narben der Kopfhaut statt Haare).
c) Sycosis faciei et galeae, Behandlungsdauer 19 Tage. (Den vor 1 Jahre in Paris von Schiff demonstrirten Fall von geheilter Sycosis traf ich kürzlich in Budapest mit einem kräftigen Rückfall in der Klinik des Prof. Rona)
d) Lupus vulgaris nasi et labiorum. Deutliche Besserung nach 2monatlicher Behandlung:
e) Lupus nasi, nach 2monatlicher Behandlung geschwunden, jetzt kleines Recidiv.
f) Lupus malarum et nasi, Behandlung 2 Monate, deutliche Besserung.

4. Scholtz: Eine Reihe von Lupus-Fällen mit Röntgen behandelt, so lange bis die Tuberculin-Injectionen keine Reaction mehr hervorriefen. Jede Sitzung ca. 10 Minuten, die Reaction hervorrufen muss.

In der Discussion spricht sich Prof. Neisser dahin aus, dass die Röntgen-Behandlung der Lupus vulgaris ihn nicht befriedigt und nicht die Finsen'schen Erfolge erreicht.

Lion weist darauf hin, dass die Schleimhäute viel leichter Reactionen zeigen, sogar durch die äussere Haut hindurch und die Abheilung viel langsamer erfolgt. (Dieses hat Ref. auch bei der Finsen-Behandlung beobachtet.)

Psoriasis giebt keine guten Erfolge mit Röntgen-Behandlung.

5. Matzmann: 1 Fall von Syringocystadenome der Brustgegend, die sehr an Dermatomyome und Xanthome erinnern, sich jedoch mikroskopisch deutlich differenziren liessen.

6) Der von Juliusberg als Keratoma dorsi manuum bei einem 54jährigen Mann vorgestellte Fall wurde in der Discussion von Matzmann und Vuil eher für ein chronisches Eczem mit nachfolgender Keratinisation gehalten und schloss sich auch Arning dieser Ansicht an, indem er die Verhornung als Folge chronischer Arsenbehandlung anspricht.

7. Buschke: Experimentell erzeugte Alopecie durch innerliche Verabreichung von Thallium B. hat Mäuse mit Brod, welches in 1 pCt.-iger Lösung von Tallium aceticum geweicht, gefüttert. Ein Theil ging unter Bewusstlosigkeit zu Grunde, die Ueberlebenden bekamen nach 2—5 Wochen in der Mittellinie des Rückens, zuweilen sowie auch an der Schnauze und am Kopf haarlose Stellen, an welchen weder Pilze noch Entzündungserscheinungen fehlten. B. glaubt, dass es sich um Veränderungen der trophischen Nerven handele.

Bettmann hat derartige Versuche an Kaninchen angestellt, jedoch mit einer Ausnahme negative Resultate erhalten.

8. Prof. Neisser hat Schweinepaare mit Syphilisprodukten gefüttert, d. h. ihnen Blut von frischen Syphilitikern gegeben, sowie Stücke von Sclerosen und Papeln subcutan eingeführt. An 2 von denselben producirten Ferkeln beobachtete er einige Wochen nach der Geburt ein eigenthümliches papulöses annuläres Exanthem, welches er auf Photographien und Wachsmodellen demonstrirt.

9. Herrmann (Breslau) zeigt 3 Kinder von 7—14 Jahren mit einer eigenthümlichen kleinknötigen Dermatitis der Nase, die sich jahrelang hält. Tuberculose und Schweissdrüsenaffection lässt sich ausschliessen.

10. Prof. Riehl: Locale Behandlung des Uterus syphilitischer Weiber durch Einführung von Vaginalkugeln mit grauer Salbe (zu 1,0), wodurch die Aborte und Todtgeburten abnehmen sollen. Da aber Pat. gleichzeitig einer Allgemeinbehandlung unterzogen wurden, machte sich während der Discussion ein deutlicher Scepticismus gegen diesen Vorschlag geltend.

11) Prof. Petersen: Ueber die Bedeutung der Röntgenoscopie der Knochen bei Syphilitikern. P. zeigt eine Reihe von Negativen, die beweisen, wie deutlich man am Knochen resp. Periost Veränderungen auf diese Weise nachweisen kann, auch selbst wenn durch Palpation keine Abnormitäten zu finden. In 1 Fall von Dolores osteocopi fand P. Gummata im Knochenmark der Tibia. Auch in 1 Fall von Synovitis gonorrhoica des Handgelenkes konnte man mittelst Röntgen deutliche Veränderungen der Bänder und Synovialis nachweisen.

Discussion:

Hochsinger hält ebenfalls die Röntgenoscopie für ein sehr werthvolles Mittel syphilitische Veränderungen der Knochen nachzuweisen und hat er sie namentlich bei Kindern und Fötis angewandt, wie er es an zahlreichen Abbildungen demonstrirt (Osteochondritis heredosyphilitica epiphysaria).

Kienböck (Wien) brachte ebenfalls interessante Bilder von syphil. Knochen, namentlich 1 Fall von Ostitis rarefecans bei 1 Manne, 3 Jahre nach der Infection.

Hahn (Hamburg) zeigte eine reiche Collection Röntgen-Bilder von Syphilitischen. Besonders lehrreich ist ein Fall von Halswirbelveränderung die nach einer Hg. Kur schwand.

IV. Sitzung.

Demonstration mit einem electrischen Riesen-Projector im prachtvollen physiologischen Auditorium, namentlich mikroskopischer Präparate, die ausgezeichnet klar sichtbar wurden, nur schmolz dazwischen der Canadabalsam derselben.

1. Hartting: Hg. im Gewebe nach intramusculären Injectionen.

2. Pick sen.: Demodex follicularis in den Hautdrüsen, in Hautschnitten, die nach Ziehl gefärbt. Der Parasit bleibt roth gefärbt.

3 Schäffer: Einfluss der Wärme auf die Haut. S. hatte Fäden, die in verschiedene Bacterienculturen getränkt, durch die Haut gezogen, in einem Theil der Versuche aber gleich darauf local Wärme applicirt und dann fehlt, wie die mikroskopische Untersuchung zeigt, jede Reaction, während man sonst deutliche Entzündungserscheinungen in der nächsten Umgebung der Fäden sieht.

4. Justus (Budapest) zeigt Präparate, welche beweisen, dass auch physiologisch in der Haut Jod verhanden; In minimaler Menge findet man Jod zwar in den Zellenkernen aller Organe, während es extracellulär nur in der Thyreoidea, Hypophysis und in der Haut vorhanden. Zum Nachweis benutzte J. als sehr empfindliches Reageus Thalliumnitrat.

5. Herrmann (Berlin) beweist an Präparaten von 8 Fällen, dass es sich beim Naevus um eine primäre Wucherung der Epithelialschicht handelt.

6. Klingmüller zeigte, dass bei erythematösen Infiltraten der Lepra die primären Veränderungen durch Leprabacillen bewirkt werden, die im perivasenlären Gewebe liegen.

7. Tomaschevski (Breslau) demonstrirt, dass bei Acanthosis nigricans der Process mit Folliculitiden beginnt, weshalb man das Leiden eher Dystrophia papillaris pigmentosa nennen müsste.

Wir müssen gestehen; zum ersten Male einen wirklichen allgemeinen Nutzen von einer mikroskopischen Demonstration in grossem Maassstabe gesehen zu haben, denn wenn auch sonst früher Dutzende von Mikroskopen auf Congressen aufgestellt waren, so ging die Demonstration doch meist nutzlos verloren, weil es nur Wenigen möglich war mit dem Aussteller gemeinsam den einzelnen Fall zu verhandeln. Also auch hier wieder ein nachahmenswerther Fortschritt.

(Schluss folgt).

Vermischtes.

— Unserem Landsmann, dem bekannten Anatom Prof. Dr. Carl v. Kupffer in München, welcher, wie wir bereits gemeldet haben, vom 1. August d. J. aus Gesundheitsrücksichten von der Verpflichtung zur Abhaltung von Vorlesungen und von dem Amte des 1. Conservators des anatomischen Museums enthoben wurde, hat der Prinzregent von Bayern bei dieser Gelegenheit seine Anerkennung für seine langjährige ausgezeichnete Lehrthätigkeit ausgesprochen und ihm das Grosskreuz des St. Michael-Verdienst-Ordens 2. Classe mit dem Stern verliehen. — Prof. v. Kupffer ist über 20 Jahre als Professor der Anatomie an der Münchener Universität thätig gewesen, nachdem er vorher die entsprechenden Lehrstühle in Königsberg, Kiel und ganz zuerst in Dorpat, wo er bekanntlich auch seine medicinische Ausbildung erhalten, bekleidet hatte.

— Im Juni d. J. hat in Jekaterinburg der auch über die Grenzen dieser Stadt hinaus bekannte Fabrikarzt Dr. Alexander Mislawski das 50jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit gefeiert. Aus diesem Anlass wurden dem Jubilar in einer Festsitzung der Uralschen med. Gesellschaft und des Naturforscher-Vereins zahlreiche Adressen, das Ehrenmitglieds-Diplom der Stadt Jekaterinburg, sowie eine durch Sammlung aufgebrachte Geldsumme (bereits über 15,000 Rbl.) zur Errichtung einer Augenheilanstalt auf den Namen des Jubilars überreicht.

— Der Präsident des medico-philanthropischen Comités, wirkl. Staatsrath Dr. Ebermann ist

auf dem von ihm bekleideten Posten für das laufende Trien-
nium (gemäss der Wahl) bestätigt worden. Zugleich ist das
Mitglied des genannten Comités, Staatsrath Dr. Wagner,
Director der Golizyn'schen Schule des Kais. patriotischen
Frauenvereins, als Vicepräses dieses Comités bestätigt wor-
den, unter Belassung in seiner letztgenannten Stellung.

— Zum Präses der medicinischen Prüfungs-
commission bei der Moskauer Universität
ist der Professor der Anatomie an der Kiewer Universität
Dr. A. Tichomirow ernannt worden.

— Die ausserordentlichen Professoren der Moskauer Uni-
versität Dr. Leo Morochowez (Physiolog) und Dr. Mi-
chael Nikiforow (Patholog) sind zu ordentlichen
Professoren ernannt worden.

— Zum stellvertretenden Oberarzt des städ-
tischen Mjasnizki-Krankenhauses und Chef des
mit demselben verbundenen Central-Sanitätsbureaus zur Un-
tersuchung der Prostituirten ist an Stelle Prof. Pospja-
low's der bisherige ältere Arzt S. E. Molodenkow er-
nannt worden.

— Mittelst Journal-Verfügung der Livländischen Medicinal-
Abtheilung ist der Oeselsche Kreisarzt Collegienrath Kar-
stens (in Arensburg) zum älteren Kreisarzt des
livländischen Gouvernements und der stellvertr. Wendensche
Kreisarzt Collegienrath Dr. Gaethgens zum stellv.
älteren Kreisarzt des livländischen Gouvernements
ernannt worden.

— Das «Berliner Tageblatt», Morgenausgabe, Nr. 424, vom
22. August 1901, meldet:

Das goldene Doctorjubiläum beging gestern der
kaiserlich russische Staatsrath Dr. med. Franz Ferdi-
nand Massmann, der jetzt zu Charlottenburg seinen
Wohnsitz hat. Dr. Massmann hat am 21. August 1851
an der Berliner Universität promovirt und war seit 1852 als
Arzt thätig. Früher prakticirte er in St. Petersburg und er-
warb sich eine angesehene Stellung in Russland; er nahm
auch am Krimkriege Theil. Ein Sohn von Dr. Massmann
ist deutscher Consul in Konstantinopel. Die medicinische Fa-
kultät in Berlin hat in üblicher Weise das Doctordiplom er-
neuert und Herrn Dr. Massmann zugleich ihre Glück-
wünsche zu dem Jubiläum kundgegeben.

— Verstorben: 1) In Pleskau der Ordinator am Gou-
vernements Landschaftshospital Dr. Eduard Wihbe am
Flecktyphus im Alter von 33 Jahren. Der Hingeschiedene
stammte aus Pleskau und hatte seine medicinische Ausbildung
an der Universität Jurjew (Dorpat) erhalten. an welcher er
von 1889—1896 studirte. Nach Absolvirung des Cursus war
W. kurze Zeit Landschaftsarzt im Toropezschen Kreise, um
dann als Arzt in die therapeutische Abtheilung des genann-
ten Hospitals in Pleskau zu treten; wo er nach wenigen Jah-
ren ein Opfer seines Berufes geworden ist. — 2) Im Flecken
Iljinzy (Gouv. Kiew) der Arzt an dem Krankenhause der
Zuckerfabrik der Fürstin Demidow Dr. Sylvan Gale-
zowski im 44. Lebensjahre an einem organischen Herz-
leiden. Der Verstorbene, ein Neffe des Pariser Augenarztes
gleichen Namens, hatte sich gleich nach Beendigung seiner
Studien an der Warschauer Universität (1884) als Arzt in
seiner Heimath niedergelassen. wo er zu den beliebtesten
und am meisten beschäftigten Aerzten gehörte. — 3) Am 12.
Juni in Tomsk der dortige Professor der Chirurgie Dr.
Erastus Ssalischtschew im 50. Lebensjahre an den
Folgen einer Beinverletzung. Er hatte seine medicinischen
Studien in Kasan und darauf an der Medico-Chirurgischen
Akademie gemacht, an welcher er auch einige Zeit als Pro-
sector fungirte, bis er bei der Eröffnung der Tomsker Uni-
versität zum Professor der chirurgischen Hospitalklinik er-
nannt wurde. — 4) In Moskau der Privatdocent für Nerven-
krankheiten Dr. Nikolai Wersilow, 34 Jahre alt, an
einem organischen Herzfehler. — 5) In Berlin der bekannte
Chirurg Prof. Dr. Langenbuch, dirigirender Arzt am
Lazarushospital, im 55. Lebensjahre. Die praktische Medicin
verdankt ihm unter Anderem die Einführung der Nerven-
dehnung in die Therapie.

— Zum städtischen Gerichtsarzt in Riga ist
an Stelle des verstorbenen Dr. Panin der Ordinator an den
Anstalten des livländischen Collegiums der allgemeinen Für-
sorge Nikolai Klimowitsch ernannt worden.

— Die Zahl der Privat-Heilanstalten wächst
in Riga ungewöhnlich rapide. Nachdem wir vor nicht
langer Zeit über eine ganze Reihe Neugründungen von Pri-
vat-Heilanstalten daselbst Mittheilung gemacht haben, können
wir heute wieder über 4 neue Concessionen berichten, welche
vom Medicinal-Departement zur Errichtung solcher Anstalten
in Riga ertheilt worden sind: 1) Dem Dr. Alexander
von Zur-Mühlen — zur Einrichtung einer Privatklinik
für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten; 2) dem Arzt Rein-
hold von Sengbusch — zur Errichtung eines medico-
mechanischen Instituts; 3) dem Arzt Ernst Putning
— zur Errichtung einer Privatklinik; 4) dem Dr. Eisack
(Eugen) Heimann — zur Eröffnung einer Privat Aug
klinik.

— Das städtische Wladimir-Kinderhospit
in Moskau beging im Juli-Monat das 25jährige Ju
biläum seines Bestehens. Seine Gründung verdank
das Kinderhospital der Munificenz des reichen P. G. v. Der
wis, welcher 400,000 Rbl. zur Errichtung desselben spe
dete. Das musterhaft eingerichtete Hospital, welches mi
180 Betten eröffnet wurde, jetzt aber über 265 verfügt, ha
im Laufe des ersten Vierteljahrhunderts 52,249 kranke Kin
der verpflegt und im Ambulatorium 394,435 Kranken ärzt
lichen Rath und Hilfe angedeihen lassen. Das Budget de
von der Stadt Moskau unterhaltenen Hospitals ist von
62,257 Rbl. (im ersten Jahre) auf 88.375 Rbl. (im vergange-
nen Jahre) gestiegen. Im Ganzen sind in den 25 Jahren
1,760,317 Rbl. verausgabt worden und betrug der Unterhalt
eines Kranken 331 bis 405 Rbl. jährlich. Als erster Director
und Oberarzt der Anstalt fungirte bis zu seinem am 30. März
1896 erfolgten Tode Dr. Paul Wulffius (ein ehemaliger
Jünger der Dorpater Universität), welcher aus St. Peters
burg, wo er Oberarzt des Nikolaj-Kinderhospitals war, an
die neue Anstalt berufen wurde. Von den Aerzten sind seit
dem Bestehen des Hospitals ununterbrochen an demselben
thätig der gegenwärtige Oberarzt Dr. Stanisl. Wassi-
lewski, Dr. Wilh. Irschik (ebenfalls ein Schüler der
Dorpater Universität) und Dr. Heinr. Both.

— Einer Journal-Verfügung des Medicinalraths vom 26.
Juni a. c. ~~zufolge dürfen neue Arzneimittel~~, ~~die noch~~
nicht in die Pharmakopoe aufgenommen worden sind, an
Privatpersonen nur von Apotheken verkauft werden.
Aus Droguenhandlungen dürfen sie nur in Originalverpackung
auf Verlangen von Aerzten und Apothekern verabfolgt
werden.

— In Port Arthur wird von der russischen Regierung
ein Sanatorium errichtet und sind zu diesem Zweck
200,000 Rbl. bewilligt worden.

— Die Zahl der Curgäste in den kaukasischen
Bädern betrug zu Anfang dieses Monats mehr als 23,0
Die Cursaison wird in Essentuki am 1. Septembe
in Pjatigorsk am 15. September und in Kisslowods
am 1. October geschlossen. Die Direction des Curor
Shelesnowodsk hat um Verlängerung der Cursaison bis z
15. September petitionirt.

— Pestnachrichten. In Constantinopel, w
am 6. (19.) August die Quarantäne aufgehoben wurde, da sei
14 Tagen keine neue Pesterkrankung vorgekommen war,
sind am 8. (21.) August die Sperrmassregeln wieder angeord-
net worden, wozu ein neuer Pestfall am 7. (20.) August mit
letalem Ausgange den Anlass gegeben hat. Bf.

— Unfallverhütung, Gewerbehygiene und
Arbeiterwohlfahrt, das sind die Gebiete, worauf die
Redner der Hamburger Hauptversammlung des
Vereins deutscher Revisionsingenieure (2.–4.
September) sich bewegen werden. Der genannte über 8 Jahre
alte Verein bezweckt durch den Zusammenschluss aller Re-
visions-Ingenieure Deutschlands den Austausch und
die Verbreitung der von diesen Technikern auf dem Gebiete
der Unfallverhütung und Arbeiterwohlfahrt gesammelten Er-
fahrungen. Mitglied des Vereins kann werden: Jeder tech-
nisch Gebildete, der sich der Förderung der Unfallverhütung
und Arbeiterwohlfahrt berufsmässig widmet. sowie jede an-
dere Person, die auf diesen Gebieten thätig ist. Als Vereins-
angehörige kommen deshalb in erster Linie in Betracht:
alle Beamten, die mit der gewerblichen Auf-
sicht über die Fabriken, Handwerksbetriebe
und sonstigen Arbeitsstätten beauftragt
sind, d. h. die Organe der Gewerbeaufsicht, der
Berufsgenossenschaften, der Bergbehörden,
der Bau- und Sanitäts-Polizei, des Dampfkessel-
überwachungs-Vereines. Die Zwecke des Vereins
werden angestrebt durch eine jährliche Hauptversammlung,
durch Veröffentlichung diesbezüglicher Arbeiten der Mitglie-
der in geeigneten Zeitschriften, sowie durch örtliche Zusam-
menkünfte der Mitglieder. Den bisherigen Einrichtungen ist
am 1. Juli d. J. eine neue hinzugefügt: der Verein hat sein
eigenes Organ, den «Gewerblich-Technischen
Rathgeber» ins Leben gerufen. Diese Zeitschrift
für Unfallverhütung, Gewerbehygiene und
Arbeiterwohlfahrt, sowie für Genehmigung
und Feuersicherheit gewerblicher Anlagen
wird durch den Berliner Gewerbeanwalt, Ingenieur Dr. Wer-
ner Heffter so geschickt geleitet und durch die Poly-
technische Buchhandlung in Berlin bei einem Jah-
respreise von 6 Mark so vorzüglich ausgestattet, dass sie
schon heute eine grosse Zahl von Abonnenten besitzt.

Anmeldungen zur Theilnahme an der Hamburger Haupt-
versammlung am 2.–4. September, bei welcher Gäste sehr
willkommen sind, wolle man an Ingenieur C. Specht,
Berlin N. W. 6, richten.

– Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilspitälern St. Petersburgs betrug am 21. Juli J. 7652 (107 wen. als in d. Vorw.), darunter 475 Typhus – wen.), 706 Syphilis — (53 wen.), 232 Scharlach — (20 wen.), Diphtherie — (16 mehr), 52 Masern — (7 wen.) und 10 ckenkranke — (3 wen. als in der Vorw.).

Am 28. Juli d. J. betrug die Zahl der Kranken 7663 (8 mehr in der Vorwoche.), darunter 495 Typhus — (20 mehr), 715 philis — (9 mehr), 244 Scharlach — (2 mehr), 131 Diphterie — (4 wen.), 47 Masern — (5 wen.) und 7 Pockenkranke wen. als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 15. bis zum 21. Juli 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
511	385	896	259	131	156	14	13	27	68	70	45	31	44	27	8	3

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 2, Typh. abd. 44. Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0. Pocken 0, Masern 23, Scharlach 12, Diphtherie 14. Croup 0, Keuchhusten 1. Croupöse Lungenentzündung 20, Erysipelas 4, Grippe 3, Cholera asiatica 0, Ruhr 5, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0. Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0. Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 59, Tuberculose anderer Organe 19, Alkoholismus und Delirium tremens 7. Lebensschwäche und Atrophia infantum 51, Marasmus senilis 27, Krankheiten der Verdauungsorgane 305, Todtgeborene 21.

Für die Woche vom 22. bis zum 28. Juli 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
424	316	740	177	98	125	22	8	22	47	63	60	47	29	27	11	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 25. Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0. Pocken 0, Masern 17. Scharlach 10, Diphtherie 23, Croup 0. Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 9, Erysipelas 4. Grippe 2, Cholera asiatica 0, Ruhr 9, Epidemische Meningitis 0. Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 72, Tuberculose anderer Organe 16, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 22, Krankheiten des Verdauungscanals 228, Todtgeborene 21.

Vinc Priessnitz'sche
Wasserheilanstalt in Gräfenberg
österr. Schlesien.

630 M. hoch im Altvatergebirge gelegen. Eisenbahnstation
Gesammte Hydrotherapie, Kohlensäure-electrische Bäder, Uebungstherapie etc.
Aerztl. Leiter Dr. **R. Hatschek**, zweiter Arzt Dr. **A. Richter**.
(72) 12—9.

Moorbäder im Hause
mit

MATTONI'S Moorextracte zu Bädern.

Einziger natürlicher Ersatz für
Medicinal-Moorbäder
im Hause und zu jeder Jahreszeit.

Mattoni's Moorsalz (trockener Extract) in Flaschen à 1 Ko.
Mattoni's Moorlauge (flüssiger Extract) in Flaschen à 2 Ko.

Langjährig erprobt bei:
Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis
Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption v. Exsudaten, Fluor
albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralysen, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

Zu haben in allen Apotheken, Mineralwasser- und Droguenhandlungen.
Heinrich Mattoni, kais. und königl. Hof- u. Kammer-Lieferant,
Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.
(60) 18—12.

Hunyadi Janos ist ein Naturproduct dessen abführende Wirkung allgemein bekannt ist. Als Normaldosis genügt ½ Wasserglas voll.

SAXLEHNER'S BITTERWASSER
«HUNYADI JANOS-QUELLE»

Wir bitten auf die gedruckte Portrait-Schutzmarke, welche sich auf jeder Etiquette unseres echten Bitterwassers befindet, genau zu achten!

Eigenthümer: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST.
Zu haben bei den Droguisten und Apotheken.
Man verlange in den Niederlagen «Saxlehner's Bitterwasser».
(14) 26—12.

Zur Behandlung des acuten Gichtanfalls
sowie aller anderen durch harnsaure Diathese bedingten Beschwerden ist

SIDONAL
das klinisch und wissenschaftlich best erprobte Mittel.
Tägliche Dosis im Anfall 5 Gramm mindesten.

Literatur steht kostenlos zu Diensten.

**Vereinigte Chemische Werke Actiengesellsch.
Charlottenburg.**
(42) 43—23.

Dr. von Sohlern's Heilanstalt
in Bad Kissingen,
für Magen-, Darm- und Stoffwechselkranke. Entfettung und Mastkuren. Grösstes und ältestes klinisch geleitetes Institut am Platze.
Geöffnet vom 1. April bis 15. October.
Prospecte gratis.
Dr. Freiherr von Sohlern.
(68) 16—14.

Kissingen Dr. C. Dapper's
*** Sanatorium ***
„Neues Kurhaus" für Magen- und Darmkrankheiten, Fettsucht (Entfettungskuren unter Stoffwechselcontrolle), Diabetes, Gicht, Herz- und Nierenkrank heiten, Neurasthenie (Mastkuren). Einrichtung für Elektro- u. Hydrotherapie in allen Formen. April — December. Prospecte.
Dr. C. Dapper.
(57) 17—11.

Gicht
und alle Stoffwechselstörungen.
Bad Salzschlirf Bonifaciusbrunnen.
Petersburg: Stoll & Schmidt.
(19) 52—23.

Дозв. ценз. Спб., 20 Августа 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 34 St. Petersburg, (7. September) 25. August. 1901

Ein Fall von Werlhof'scher Krankheit.

Von

Professor W. N. Nikitin.

Der Morbus maculosus wurde zuerst im Jahre 1775 von Werlhof beschrieben. Später wurden Fälle dieser Krankheit von vielen Autoren beobachtet, wenn auch verhältnissmässig selten und sowohl die Aetiologie als auch das Wesen der Krankheit sind immer noch wenig erforscht.

Die Prognose ist in der Mehrzahl der Fälle ungünstig, wenn auch einige geheilte Fälle beschrieben worden sind. Ich habe in meiner Praxis folgenden Fall von Werlhof'scher Krankheit beobachtet, in welchem den Ausgangspunkt offenbar die Nasenrachenhöhle bildete.

Die 23 Jahre alte Kaufmannsfrau S. S. wandte sich im März 1901 an mich mit der Klage, sie könne nicht durch die Nase athmen, habe beim Schlucken Schmerzen in der linken Seite des Rachens; auch bilde sich eine schnell wachsende Geschwulst der Lymphdrüsen in der linken Supraclaviculargrube. Gleichzeitig klagte sie über allgemeines Unbehagen bei geringem Fieber. Bei der Untersuchung der Nasenhöhle fand sich eine Schwellung der Nasenmuscheln auf beiden Seiten, besonders ihrer hinteren Enden; daher konnte Pat. nicht durch die Nase athmen und ihre Stimme hatte nasalen Beiklang. Die Schleimhaut auf den Nasenmuscheln war von blassrother Farbe. Im Rachen waren ausser unbedeutender Röthung der Schleimhaut und Schwellung der linken Mandel keine Veränderungen. In der linken Supraclaviculargegend fühlte man ein ganzes Packet vergrösserter Lymphdrüsen, die nicht druckempfindlich, nicht mit der Haut verbacken und unter einander verwachsen waren.

Die Haut über den vergrösserten Drüsen war von normaler Farbe. Nach Aussage der Kranken hatten sich alle Erscheinungen, auch die Drüsenschwellung, gleichzeitig nach einer Erkältung in der Badstube eingestellt. Bis dahin war sie vollkommen gesund gewesen.

Keine Veränderungen von Seiten der Lungen, des Herzens und des Verdauungsapparates. Der Appetit war gut, der Stuhl regelmässig. Der Schlaf war durch die behinderte Nasenathmung gestört; in liegender Stellung hatte sie Anfälle von Athemnoth, so dass sie sitzend, mit Unterbrechungen schlafen musste. Verlegung der Nase war zeitweilig auch früher aufgetreten, an anderen Krankheiten hatte sie aber nicht gelitten, obgleich sie immer ziemlich schwächlich war. Ererbte Krankheiten hatte sie nicht gehabt und lebte seit ihrer Kindheit in guten hygienischen Verhältnissen.

2 Tage nach meiner Untersuchung bildete sich auf der linken Mandel eine Erosion, die mit einem diffusen grauen Belag bedeckt war. Beim Versuch den Belag zu entfernen, blutete die Erosion leicht. Die bacteriologische Untersuchung des Belages zeigte Fehlen von Diphtheritis; der Belag bestand aus Eiterelementen und enthielt Staphylococcen und Streptococcen. Zugleich fing das Geschwürchen auf der Mandel an ein wenig zu bluten, so dass der Speichel immer blutig gefärbt war. Die Körpertemperatur war die ganze Zeit über fieberhaft, überstieg aber auch am Abend nicht 38,3°. Trotz der angewandten Massnahmen dauerte die Blutung aus dem Geschwür fort und nach einer Woche erschien ein ausgedehnter petechiöser Ausschlag auf dem ganzen Körper, besonders auf den Extremitäten. Darnach begannen sich grosse subcutane Extravasate auf den Schenkeln, den Knieen und anderen Körperstellen zu zeigen. Gelenkschmerzen wurden dabei nicht beobachtet. Im Centrum der grossen Extravasate wurden harte Knoten beobachtet, welche Lymphdrüsen ähnlich und druckempfindlich waren. Kleine Ekchymosen zeigten sich auf der Schleimhaut des weichen Gaumens und auf den Scleren beider Augen. Nasenbluten fehlte die ganze Zeit, doch begann das Zahnfleisch stark zu bluten, obgleich es nicht geschwollen war. Es trat Uebelkeit und Erbrechen hinzu mit Beimengung von Blutgerinnseln. Das Epigastrium war nicht druckempfindlich; der Appetit verschwand, es stellte sich Durst ein. Häufige flüssige, dunkle Ausleerungen mit Beimengung von Blut. Im Harn bis zum Tode keine Veränderungen.

Das aus einem Stich gewonnene Blut war sehr dünn, serumähnlich. Die rothen Blutkörperchen waren unverändert, keine Poikilocytose, keine eosinophilen Zellen; ziemlich viel Blutplättchen (die Fixirung der Formelemente geschah mit einer 1 proc. Lösung von Osmiumsäure).

Interessant ist, dass während der ganzen Krankheit das subjective Befinden der Kranken so gut war, dass es der Schwere der Erkrankung nicht entsprach. Erst 4 Tage vor dem Tode musste Patientin sich in Folge der zunehmenden Schwäche zu Bett legen, bis dahin wollte sie, trotz der Ermahnungen der Aerzte, durchaus auf den Füssen bleiben. Unter allgemeinem Kräfteverfall erfolgte der Tod am 106. Tage nach Beginn der Krankheit. — Eine Section konnte nicht gemacht werden.

Was die Ursache der Werlhof'schen Krankheit betrifft, so sehen viele Autoren in ihr einen infectiösen Process (Strümpell, Baginsky, Wothe, Paw-

linow u. A.). Die Untersuchungen von Letzerich[1]) lassen offenbar keinen Zweifel am infectiösen Ursprung der Werlhof'schen Krankheit. Letzerich gelang es, aus dem Blut eines an dieser Krankheit leidenden Mädchens und aus seinem eigenen Blut, als er an dieser Krankheit litt, einen besonderen, noch von Niemanden beschriebenen Mikroorganismus zu isoliren, welcher, nach den Ergebnissen der Ueberimpfung auf Thiere zu urtheilen, für den Erreger der Krankheit gehalten werden müsste. Aber andere Autoren (Timaschew) konnten die Beobachtungen Letzerich's nicht bestätigen. Eichhorst weist ebenfalls auf toxische Einflüsse und Autointoxication als auf Causalmomente hin. Nach Eichhorst handelt es sich um eine primäre Erkrankung des Blutes unter dem Einfluss eines in den Organismus eingedrungenen Giftes, mit consecutiver Schädigung der Gefässwandungen. In der That hatte auch in meinem Fall das ganze Krankheitsbild den Charakter einer acuten Infection. Vielleicht war die Eingangspforte des Giftes der Nasenrachenraum. Vom ersten Beginn der Krankheit an bemerkte die Kranke zugleich mit den Schmerzen in der linken Seite des Rachens und der Verlegung der Nase eine bedeutende, aber schmerzlose Schwellung der supraclavicularen Lymphdrüsen auf der linken Seite, entsprechend dem Schmerz und später dem Geschwür auf der linken Tonsille. Uebrigens wies in den ersten Tagen, obgleich leichtes Fieber und allgemeines Unwohlsein bestanden, nichts auf die Möglichkeit einer schweren Erkrankung. Auffallend war nur die Incongruenz zwischen der relativ unbedeutenden Schwellung der Nasenmuscheln und der Schwere der subjectiven Empfindungen. Die Kranke konnte Nachts in Folge der Verlegung der Nase und der Athemnoth nicht schlafen. Cocain und Menthol wirkten fast garnicht. Interessant ist auch das gänzliche Fehlen von Nasenbluten in diesem Falle. Die schnelle Entwickelung von Petechien, Extravasaten und die Blutungen in den inneren Organen im weiteren Verlauf der Krankheit sprachen direct für ein im Organismus wirkendes Gift.

Zu Gunsten des infectiösen Charakters der Krankheit kann auch das angeführt werden, dass von einigen Autoren (Kissel[2]) Fälle beschrieben sind, in denen die Werlhof'sche Krankheit mit einem vorhergegangenen Gelenkrheumatismus, einer sicher infectiösen Erkrankung, in Zusammenhang gebracht werden konnte.

Zur Casuistik der eingebildeten Schwangerschaft.

Von

Dr. med. und Geburtshelfer Heinr. Joh. Pohl,
(früherem Leiter des 7. Gebärasyls der Kaiserlichen Philanthropischen Gesellschaft in Moskau.)

Die Frage über die sogen. „eingebildete", „falsche", „psychische" etc. Schwangerschaft ist keine neue, trotzdem ist sie bis jetzt wegen der geringen Zahl der publicirten Fälle wissenschaftlich nicht bearbeitet worden.

Gegenwärtig ist, Dank dem Fall in Serbien, die Frage an der Tagesordnung und deshalb wäre es wünschenswerth, dass jeder College, der eine solche „Schwangerschaft" beobachtet hat, seine Beobachtungen und Eindrücke zu statistischen Zwecken mittheilt. Aus den spärlichen Literaturangaben und meiner eigenen Beobachtung bin ich zum Schluss gekommen, dass einer solchen Schwangerschaft 4 Factoren zu Grunde liegen, nämlich 1) der unüberwindliche Wunsch, schwanger sein; 2) die Bekanntschalt der Prätendentin mit al Symptomen, Erscheinungen und den Veränderungen Organismus während der wirklichen Schwangerschaf 3) die aufmerksame Selbstbeobachtung der Kranken Erwartung der ersten Anzeichen der Schwangerschaf und 4) die fälschlich bestätigende Diagnose der Schwa gerschaft von Seiten eines Geburtshelfers oder ein Geburtshelferin, welche die Autosuggestion unterstützt

Ich erwähnte oben die äusserst spärliche Literat dieser Frage. Indessen erzählt der Interviewer «Russkoje Slowo», dass Prof. Snegirew solche Fäl 1—2—3 Mal jährlich sieht. Das würde für 30 Jah der sehr ausgebreiteten Praxis unseres geehrten Pr fessors eine ganz erhebliche Zahl ausmachen. Für u gewöhnliche Sterbliche, die wir nicht über ein so im menses klinisches Material verfügen, wäre es seh wünschenswerth, dass solche Fälle in der originale Form veröffentlicht würden, wie sie sich dem Beobachter darboten und dann von Seiten einer competenten Per sönlichkeit, der es beschieden ist die Wissenschaft z fördern, aus den gesammelten Beobachtungen die Schluss folgerungen über das Wesen der Frage zu vernehmen. Sonst wird es der Frage beschieden sein „ewig neu" zu bleiben, und zugleich „ewig alt" und unentschieden.

Unser verstorbener berühmter Kliniker Prof. Botkin war der Meinung, dass der Arzt bei der Beschreibung einer Krankheit am Krankenbett die Krankengeschichte nich fälschen soll, indem er sie den Hand- und Lehrbüchern a passt, sondern beschreiben soll, was er selbst sieht, fühlt und was ihm der Kranke selbst erzählt; nur kann die Medicin fortschreiten. Treu dieser Lehre ich von den 2—3 Fällen, die ich in meiner 23jäh Praxis gesehen habe, nur den letzten beschreiben, ich gut controlliren kann, da die „Wöchnerin" bis je im besten Wohlsein in Moskau lebt. Der Fall läss sich vielleicht nicht in eine bekannte Schablone unter bringen, ist dafür aber originell.

Vor einigen Jahren bekam die 20jährige Frau G., eine voll kommen gesunde, in jeder Beziehung normal entwickelte brünette Dame, von mittlerem Wuchs und mittlerem Körper bau, den unwiderstehlichen Wunsch schwanger zu werden. Sie besuchte viele Moskausche Geburtshelfer, las geburts hilfliche Bücher, studirte alle Schwangerschaftssymptome bis in die Details, die subjectiven Erscheinungen und die obje tiven Veränderungen und beobachtete sich mit grösster Ge nauigkeit, lebte vorsichtig, besonders vor der Periode, welche sie fürchtete, weil sie ihr Enttäuschung brachte. Dieser ge spannte Zustand dauerte 4 Monate. Im 5. Monat blieb die Periode zur richtigen Zeit aus und es erübrigte nun das Ein treten der Schwangerschaftssymptome zu erwarten in der Reihenfolge, wie sie sie aus den Büchern gelernt hatte. Die sorgfältige Selbstbeobachtung war von Erfolg gekrönt. Frau G. «bekam» einen Widerwillen gegen Fleischspeisen, bekam einen Druck im Epigastrium, Uebelkeit und am Morgen schleimiges Erbrechen. Es zeigten sich Launen und unge wöhnliche Wünsche und andere subjective Symptome. Es blieb noch übrig die physischen Veränderungen zu erwarten. Tagelang drückte Frau G. sich die Brustdrüsen, besah die Brustwarzen, beobachtete vor dem Spiegel ihren Leib, den sie künstlich aufblähte. Später stellte sich durch tägliche Spa ziergänge guter Appetit ein, sie ass viel, ohne auf ihre hübsche Taille zu achten; der Leib wurde grösser, der ganze Körper voller, nach ihrer Meinung in Folge von Schwanger schaft. Um sich zu vergewissern, rief sie eine Hebamme, welche, nachdem sie von Frau G. selbst eine «meisterhafte» Beschreibung aller Symptome gehört hatte, mit voller Ueber zeugung das Bestehen der Schwangerschaft bestätigte und ein Regime verordnete.

Gerade nach 9 Monaten, nach der «genauen» Berechnung der Hebamme, stellten sich die ersten Wehen ein, deren Charakter in Allem der Beschreibung der Bücher und der Hebamme glich; es war kein Zweifel, dass die «Periode der Geburt begonnen» hatte. Die herbeigerufene Hebamme unter suchte die «Kreissende» und beruhigte sie damit, dass «Alles gut stehe», legte sie zu Bett, präparirte das Bad für das zu erwartende Neugeborene und fing an der «Gebärenden» das Kreuz zu reiben, um die Uteruscontractionen zu erleichtern. Frau G. hatte früh angefangen zu menstruiren und bis zur «Schwangerschaft» kamen die Menses regelmässig alle 3

---

[1]) Letzerich: Untersuchungen und Beobachtungen über die Aetiologie und die Kenntniss der Purpura hämorrhagica. Leipzig 1889.

[2]) Kissel: «Wratsch» 1894 Nr. 33 und 34.

Wochen, dauerten 3 Tage ohne jegliche Schmerzen; während der «Schwangerschaft» blieben die Menses die ganze Zeit über aus. Im Verlauf von 12 Stunden erschöpften die «Wehen» die Kranke völlig und es wurde der junge Acoucheur A. gerufen; dieser fand, dass die Geburt schwer sein werde, verordnete ein warmes Bad und Vaginaldouchen und fuhr fort. Nach einigen weiteren qualvollen Stunden rief man den alten Geburtshelfer J. — Er billigte die Verordnungen des jungen A., fand dass der vorliegende Theil noch hoch stehe und sagte der Hebamme, sie sollte nach ihm schicken, wenn der Muttermund auf 3 Querfinger erweitert sei; wenn aber die Kreissende die Geduld verlieren sollte, os würde er den Muttermund künstlich erweitern und die Wendung der Frucht auf den Fuss machen. Einige Stunden später konnte der Acoucheur J. nicht gefunden werden und man rief mich. Nachdem ich die Geschichte der Schwangerschaft gehört hatte, untersuchte ich die «Kreissende» und fand gar keine objectiven Zeichen der Schwangerschaft; in die Augen fallend war ein colossaler allgemeiner Fettansatz. Der Leib gross, elastisch, mit stark entwickeltem subcutanem Fettpolster, die Haut auf dem Leib von matter Farbe, nicht gespannt, in den Seitentheilen keinerlei Dehnungsstreifen. Die Linea alba ist eingezogen und theilt den Leib gleichsam in 2 Hälften, dabei ist sie nicht pigmentirt[1]). Der Nabelring ist eingezogen. Bei der Auscultation, Percussion und Palpation in verschiedenen Körperlagen kann man weder eine Vergrösserung des Uterus, noch Kindstheile, noch Kindsbewegungen, noch kindliche Herztöne, noch Nabelschnurgeräusch constatiren. Die Brüste sind fett, die Milchdrüsen nicht entwickelt, der Hof um die Brustwarzen nicht pigmentirt, aus den Brüsten lässt sich nichts ausdrücken oder aspiriren. Die äusseren Genitalien sind weder in der Farbe noch in der Consistenz verändert, die Scheide elastisch und unverändert. Die Vaginalportion hart, conisch, der Muttermund geschlossen, aus ihm fliesst etwas dunkel-chocoladefarbiges Blut (Menstrualblut). Nach Entleerung der Blase mit dem Catheter und des Mastdarms durch ein Klystier führt die combinirte Untersuchung wegen der grossen Fettablagerung zu nichts; bei der Untersuchung per rectum dagegen konnte ich constatiren, dass der Uterus nicht nur nicht schwanger, sondern sogar an Umfang verkleinert war. Ebensowenig liess sich eine extrauterine oder Abdominalschwangerschaft constatiren.

Nach Erwägung aller Umstände erklärte ich kategorisch, dass gar keine Schwangerschaft vorliege und rieth der «Kreissenden» aufzustehen. In meiner Gegenwart stand Frau G. auf, beruhigte sich und von diesem Moment an hörten die Wehen auf; am anderen Tage kamen die Menses, die etwas schmerzhaft und weniger copiös als gewöhnlich verliefen. Ich rieth der Kranken sich wegen der Fettsucht zu curiren. Das that sie auch und wurde nach 6 Monaten wirklich schwanger. Ich beendete die Geburt mit der Zange; das Kind war gut entwickelt. Nachher hat Frau G. noch 3 Mal geboren. Die Kinder und sie selbst sind gesund.

Wir constatiren also die Thatsache, dass in Folge der obengenannten Factoren unter gewissen Umständen die «eingebildete» Schwangerschaft durch Autosuggestion, die sich aber langsam entwickelt, entstehen kann. Frauen dagegen, welche leidenschaftlich wünschen, schwanger zu werden, aber die Schwangerschaftssymptome nicht kennen, können sich nicht Schwangerschaft aufsuggeriren, wie ich mich alljährlich in Dutzenden von Fällen überzeugen kann. Zur Suggestion ist ein Begriff nöthig, fehlt dieser, so kann von Suggestion keine Rede sein.

Ebenso wie der Wunsch zu concipiren alle Symptome der Schwangerschaft in der Einbildung entstehen lässt, ebenso thut das die verzweifelte Furcht vor der Schwängerung bei Personen, welche die Symptome kennen. Diese Kategorie von Personen ist viel häufiger, sie finden sich fast in jeder Sprechstunde. Verzweifelt beschreiben sie ihren unglücklichen Zustand, der sie zu Selbstmordgedanken treibt und man muss sich über ihre genauen Kenntnisse und die Folgerichtigkeit ihrer Beschreibung wundern, nach dem Coitus sei die Periode ausgeblieben, der Appetit sei geschwunden etc. etc.; es wird eine Reihe von subjectiven Empfindungen geschildert bis zum Körnigwerden der Brustdrüsen, Völle im Leib, häufigem Harndrang. Wenn man sie anhört, zweifelt man nicht an der Schwangerschaft, bei der Untersuchung aber findet man kein einziges objectives Symptom und kommt zum Schluss, dass es sich um ein blutarmes, hysterisches oder neurasthenisches Weib, oder vielleicht um eine Psychopathin handelt. Fettsucht wird bei Personen dieser Kategorie nicht beobachtet, offenbar weil sie sehr früh beim Acoucheur erscheinen, nämlich nach dem Ausbleiben der ersten oder spätestens der zweiten Periode; meist kommen sie sogar vor der Periode, wenn sie selbst noch nicht wissen, ob diese eintreten wird oder nicht.

Für beide Kategorien von «Schwangeren» habe ich mit Erfolg eine causale Behandlung angewandt: erstens für beide Kategorien die Suggestion oder Versicherung, dass garkeine Schwangerschaft vorliegt, dass die Symptome durch den heftigen Wunsch, resp. die Furcht, schwanger zu sein, hervorgerufen sind; zweitens für Fettsüchtige eine Entfettungscur, für Blutarme und Nervöse eine roborirende Behandlung und Beruhigung der Nerven bei entsprechender Diät; das Regime ist für beide Kategorien besonders vorzuschreiben. Bei Ausbleiben der Regeln in Folge von Blutarmuth ist das beste blutbildende Mittel Jodeisen in Form folgender Mixtur: Rp. Kali jodati, Tr. Ferri pomatae āā 5,0, Cognac F. Ch. et Syr. Cort. Aurant. āā 30,0, Aq. dest. 120,0, MDS. 3 mal täglich 1 Esslöffel in Milch; nach jedesmaligem Einnehmen sind die Zähne mit Zahnpulver zu reinigen.

Was die Frage betrifft, auf welche Weise in den erwähnten Fällen auf einige Zeit die Menstruation unterdrückt wird, und statt dessen eine Verfettung des ganzen Organismus und besonders des Leibes eintritt, — so finden wir die Antwort darauf mit genügender Erklärung in den Arbeiten aus dem Gebiet der Psychologie, Neurologie und Physiologie.

[1]) In Betreff der Pigmentirung der Linea alba in der Schwangerschaft, welche für ein Symptom derselben gilt, bin ich in Zweifel: ich finde die Pigmentirung stark ausgesprochen zuweilen bei 5–6 monatlichen Mädchen bei acuter Enteritis, ebenso zuweilen bei Männern jenseits der 30er Jahre ebenfalls bei acuter Enteritis, und finde sie zuweilen nicht bei Schwangern und Mehrgebärenden.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Die Prophylaxe der functionellen Störungen des männlichen Geschlechtsapparats von Dr. H. Rohleder. (München 1901. Seitz und Schauer.)

Verf. bespricht folgende vier Functionsstörungen, die Masturbation, die krankhaften Samenverluste, die Impotentia und endlich die Sterilitas virilis. In eindringlicher Weise betont er die Schädlichkeit der Masturbation, stellt sich in Gegensatz zu Ellis, der mässige Ausübung bei kräftigen Individuen direct für unschädlich erklärt. Recht hat R. unbedingt, wenn er die übernatürliche Erhitzung der Phantasie beim Masturbanten für schädlich hält, unrichtig ist die Betonung des Nichtphysiologischen, das Widernatürliche des Autoerotismus. Sehr dankenswerth ist die ausführliche Besprechung der Prophylaxe in den Schulen, auch im Hause. Nicht weniger verbreitet ist die Unsitte bei Mädchen als bei Knaben, wird bei den ersteren häufig wachgerufen zur Zeit der ersten Menstruation. Wichtig sind vor allem richtige hygienische Bedingungen (Ernährung, kein Alkohol, keine warmen Deck- resp. Unterbetten, keine Wollenkleidung, viel körperliche Bewegung wie Turnen, Schwimmen etc.). Merkwürdigerweise ist Vermeidung sexuell anregender Lectüre, die mit eine Hauptrolle spielt, nicht erwähnt. Die Prophylaxe der drei übrigen Erscheinungsformen ist im wesentlichen eine Verhütung der aetiologischen Momente, der unwillkürlichen sexuellen Excesse (Onanie), des übermässigen Geschlechtsgenusses und der Erkrankungen der Genitalorgane. Im Anschluss an andere Autoren hebt Verf. nachdrücklich die Unschädlichkeit sexueller Abstinenz im allgemeinen hervor, andererseits trägt er der Gewalt des sexuellen Triebs Rechnung und räth bei Abusus eher zu Beschränkung als zu Enthaltsamkeit. Die hier in Umrissen referirte Schrift darf den Collegen (insbesondere Kinderärzten, Urologen, Neurologen und Psychiatern) empfohlen werden; Kürze und Klarheit sind recht wesentliche Vorzüge derselben.

Voss.

in der Schweiz ist aber enorm, sie beträgt 55,5 : 100. Sprechen diese Zahlen nicht eine deutliche Sprache gegen die Infection als alleinige Ursache der Entstehung der Tuberculose resp. Schwindsucht! Die Mesenterialtuberculose wird jetzt stets auf Infection durch bacillenhaltige Milch zurückgeführt, aber es giebt Länder, wie die die Centren und die Nord-Westgegenden in Spanien, wo die Bevölkerung nur Ziegen- und Schafsmilch — und diese nur in geringen Mengen — geniessen und die Mesenterialtuberculose ist hier nicht geringer, als in anderen Gegenden[9]). Ferner schreibt Ballota Taylor von dem Londoner Arzte Clifford Allbutt der mit seiner ganzen Familie und mit einem grossen Freundeskreise mehrere Monate hindurch bacillenhaltige Milch getrunken und alle blieben gesund! In der königlichen Ferme von Windsor erwiesen sich vor zwei Jahren von den 40 Kühen durch die Tuberculinprobe 36 als tuberculös, aber Fälle von Tuberculose durch diese Kühe sind nicht zu constatiren gewesen. Hier ist es am Platze, die Beobachtungen von Aufrecht wieder einmal anzuführen, wo einer im Delirium einen vollen Spucknapf tuberkelhaltigen Sputums austrank und gesund blieb!

Trotz Spuckgläser[10]) und Vernichtung einer Masse von Sputa kommen noch Milliarden von virulenten Tuberkelbacillen überall hin, welche genügen würden die ganze Menschheit zu inficiren. Dass die Tuberculose resp. Schwindsucht je aussterben wird, das anzunehmen haben wir wohl keinen Grund. Die Tuberculose resp. Schwindsucht ist aber nicht nur eine Krankheit der Armen, so oft müssen wir auch in wohlhabenden und wohlsituirten Kreisen sehen, wie sie ein Opfer nach dem anderen fordert, obgleich alle hygienisch-diätetischen Massregeln getroffen. Unsere einzige Aufgabe wird daher nur sein, die Tuberculose resp. Schwindsucht einzuschränken, sie auf ein Minimum zu reduciren. Der beschriebene Rückgang der Mortalität an Phthisis pulmonum ist wohl kurz den verbesserten Ernährungs-, Wohnungs- und Arbeitsbedingungen auf Grund klarer hygienischer Erkenntniss zu setzen[11]).

Es giebt, sagt Oesterlen, in seiner Heilmittellehre, „kein Gетränklein und kein Gestänklein auf Gottes weiter Welt, das nicht schon als Heilmittel bei der Schwindsucht empfohlen und angewendet und zwar vergebens angewendet worden wäre". Und er hat im grossen Ganzen Recht. Specifische Mittel für die Bekämpfung der Schwindsucht haben wir nicht und werden sie kaum je haben, aber trotzdem besitzen wir viele Medicamente, die bei der Behandlung von grossen Nutzen sind. Jeder Fall von Schwindsucht verlangt eine individuelle Behandlung. Die rationellste Behandlung der Schwindsucht ist nach dem allgemeinen Urtheil der Jetztzeit die hygienisch-diätetische, wie wir sie ausgearbeitet finden in den grossen Sanatorien[12]) nach den Brehmer-Dettweiler'schen Principien. Da wir aber nie die nöthige Anzahl von Sanatorien haben werden, so werden in hohem Grade die von mir schon seit sechs Jahren proponirten und erprobten Haussanatorien dieselben ersetzen, wobei ich nicht genug betonen kann den grossen Werth der Wasserbehandlung bei der Kräftigung des ganzen Organismus, wie es so leicht in jedem Hospital, in jedem Hausstande ausgeführt werden kann. Das Verdienst für dieses Kräftigungsmittel bei der Behandlung der Schwindsüchtigen gehört voll und ganz Prof. Winternitz. Die Haussanatorien lassen sich billig und leicht in jedem Krankenhause, in jedem Hause durchführen. Allein — die Sanatorien als solche werden nicht im Stande sein, die Schwindsucht vollkommen auszurotten, sie haben aber jedenfalls die grosse Bedeutung, gesunde Anschauungen über hygienisches Leben zu verbreiten und somit dahin zu wirken, dass sich die sanitären Verhältnisse in Stadt und Land bessern, ohne die an einen erfolgreichen Kampf mit der Tuberculose resp. Schwindsucht, dieser Geissel der Menschheit nicht zu denken ist.

Bei der Schwindsucht spielt somit die vererbte Anlage, d. h. die vererbte Disposition — endogenes Moment — die praevalirende Rolle, gegen welche wir mit hygienisch-diätetischen Massregeln am schnellsten mit Erfolg zu Felde ziehen. Die vererbte Disposition zur Schwindsucht ist also kein Wort «pour masquer notre ignorance», sondern sie stellt einen Factor dar, mit dem man unbedingt rechnen muss. Hippocrates hatte bis zu einem gewissen Grade Recht, wenn er sagte: Der Phthisiker stammt ab vom Phthisiker.

---

lassen, Milch zu trinken oder Fleisch zu essen, dass ich die Möglichkeit anerkennen musste, dass vielleicht ein Bacillus drin sässe. Aber ich war auch immer der Meinung, dass es auf einen oder den anderen Bacillus nicht ankommt und dass, wenn man nicht ein gewisses Quantum davon in seinen Körper hineinbefördert, die Gefahr nicht gross ist. Die Bacteriologen thun immer so, wenn sie nur einen Typhusbacillus finden oder einen Cholerabacillus, als genüge das um daraus ohne Weiteres unendliche Millionen von anderen Bacillen dergleichen Art hervorgehen zu lassen. Wir müssen ein wenig vorsichtiger werden und künftig uns wohl hüten, anatomische und bacteriologische Dinge zusammenzuwerfen».

[9]) Biedert beobachtete unter 3104 Obductionen tuberculöser Kinder nur 16 Fälle primärer Darmtuberculose. Baginsky fand unter 933 Fällen von Tuberculose bei Kindern niemals eine Darmtuberculose ohne gleichzeitige Erkrankung der Lunge und Bronchialdrüsen.

[10]) Sehr richtig bemerkt Riffel über die Schattenseiten des Spuckglases «Verdammen wir nicht die Spuckgläser. weil ja die Patienten gewöhnt und erzogen werden an Reinlichkeit und daran erinnert werden, dass es unschön und ekelerregend für andere ist. wenn sie auf den Boden, auf den Treppen und an den Wänden herum spucken. Auf einen Nachtheil aber, den das Spuckglas wenigstens in Kuranstalten hat, möchte ich hier doch aufmerksam machen. Viele Kranken konnten nicht essen, weil alle Augenblicke der eine oder der andere anfing zu husten und zu würgen und schliesslich sein Glas herauszog und hineinspuckte. Ich muss nun sagen, dass auch ich, obwohl ich als Arzt an solche Dinge gewohnt bin, nicht an einem Tische essen möchte, wo Leute sitzen, die husten und würgen und schliesslich das Kunststück probiren, das Losgehustete in ihr Spuckglas zu bringen. Ich hielte es daher im Interesse anderer Kurgäste für besser, wenn man die ärgsten Huster und Spucker auf ihren Zimmern essen lassen wollte».

[11]) Koch warnt vor Ueberschätzung der Bedeutung von Lungenheilstätten als Mittel gegen die tuberkulöse Verbreitung und hält als wesentliche Massregel im Kampfe gegen die Tuberkulose als Volkskrankheit die Besserung der Wohnungsverhältnisse, die Einführung wohnungshygienischer Massregeln. Die bessere Verwerthung der bereits bestehenden Hospitäler für die Unterbringung der Schwindsüchtigen möchte Koch als die wichtigste Massregel in der Bekämpfung der Tuberkulose bezeichnen.

[12]) Der Amerikaner Freudenthal critisirt nicht ganz mit Unrecht die schablonenmässige Behandlung der Schwindsüchtigen in den Liegehallen. Die Liegehalle stellt ja, wie Brehmer sich bereits ausdrückte, nur ein mit Patienten überfülltes Zimmer dar, dem die vierte Wand fehlt. F. hat bei Besichtigungen der Sanatorien in Deutschland die Luft in denselben bisweilen sehr schlecht befunden, wo doch als erste Regel es gilt frische Luft den Patienten zu schaffen. Ausserdem schadet unbedingt einigen Patienten das liegen, die völlige Inactivität. (Freudenthal. Ueber einige neuere Bestrebungen in der Phthisiotherapie-Zeitschr. f. Tub. etc. Bd. 2, Heft 3. 1901).

Der VII. Congress der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Breslau vom 15./28.—17./30. Mai 1901.

III. Sitzung.

Demonstrationen.

1. Pick jun.: Ein Fall von Hauttuberculose der einen Hand bei gleichzeitigem Lupus erythomatodes des Gesichtes,

2. Forchhammer (Kopenhagen): 7 Patienten mit Lupus vulgaris, nach Finsen behandelt, mit ausgezeichtem Erfolg.

3. Schiff: Erfolge der Röntgen-Behandlung:
a) Hypertrichosis faciei einer Frau, nach 6wöcheutlicher Behandlung ist sie seit ca. 2 Jahren ohne Recidiv.
b) Favus, 7 Wochen behandelt, ca. 2 Jahre kein Recidiv. (aber Narben der Kopfhaut statt Haare).
c) Sycosis faciei et galeae, Behandlungsdauer 19 Tage. (Den vor 1 Jahre in Paris von Schiff demonstrirten Fall von geheilter Sycosis traf ich kürzlich in Budapest mit einem kräftigen Rückfall in der Klinik des Prof. Rona)
d) Lupus vulgaris nasi et labiorum. Deutliche Besserung nach 2monatlicher Behandlung:
e) Lupus nasi, nach 2monatlicher Behandlung geschwunden, jetzt kleines Recidiv.
f) Lupus malarum et nasi, Behandlung 2 Monate, deutliche Besserung.

4. Scholtz: Eine Reihe von Lupus-Fällen mit Röntgen behandelt, so lange bis die Tuberculin-Injectionen keine Reaction mehr hervorriefen. Jede Sitzung ca. 10 Minuten, die Reaction hervorrufen muss.

In der Discussion spricht sich Prof. Neisser dahin aus, dass die Röntgen-Behandlung der Lupus vulgaris ihn nicht befriedigt und nicht die Finsen'schen Erfolge erreicht.

Lion weist darauf hin, dass die Schleimhäute viel leichter Reactionen zeigen, sogar durch die äussere Haut hindurch und die Abheilung viel langsamer erfolgt. (Dieses hat Ref. auch bei der Finsen-Behandlung beobachtet.)

Psoriasis giebt keine guten Erfolge mit Röntgen-Behandlung.

5. Matzmann: 1 Fall von Syringocystadenome der Brustgegend, die sehr an Dermatomyome und Xanthome erinnern, sich jedoch mikroskopisch deutlich differenziren liessen.

6) Der von Juliusberg als Keratoma dorsi manuum bei einem 54jährigen Mann vorgestellte Fall wurde in der Discussion von Matzmann und Vuil eher für ein chronisches Eczem mit nachfolgender Keratinisation gehalten und schloss sich auch Arning dieser Ansicht an, indem er die Verhornung als Folge chronischer Arsenbehandlung anspricht.

7. Buschke: Experimentell erzeugte Alopecie durch innerliche Verabreichung von Thallium B. hat Mäuse mit Brod, welches in 1 pCt.-iger Lösung von Tallium aceticum geweicht, gefüttert. Ein Theil ging unter Bewusstlosigkeit zu Grunde, die Ueberlebenden bekamen nach 2—5 Wochen in der Mittellinie des Rückens, zuweilen sowie auch an der Schnauze und am Kopf haarlose Stellen, an welchen weder Pilze noch Entzündungserscheinungen fehlten. B. glaubt, dass es sich um Veränderungen der trophischen Nerven handele.

Bettmann hat derartige Versuche an Kaninchen angestellt, jedoch mit einer Ausnahme negative Resultate erhalten.

8. Prof. Neisser hat Schweinepaare mit Syphilisprodukten gefüttert, d. h. ihnen Blut von frischen Syphilitikern gegeben, sowie Stücke von Sclerosen und Papeln subcutan eingeführt. An 2 von denselben producirten Ferkeln beobachtete er einige Wochen nach der Geburt ein eigenthümliches papulöses annuläres Exanthem, welches er auf Photographien und Wachsmodellen demonstrirt.

9. Herrmann (Breslau) zeigt 3 Kinder von 7—14 Jahren mit einer eigenthümlichen kleinknötigen Dermatitis der Nase, die sich jahrelang hält. Tuberculose und Schweissdrüsenaffection lässt sich ausschliessen.

10. Prof. Riehl: Locale Behandlung des Uterus syphilitischer Weiber durch Einführung von Vaginalkugeln mit grauer Salbe (zu 1,0), wodurch die Aborte und Todtgeburten abnehmen sollen. Da aber Pat. gleichzeitig einer Allgemeinbehandlung unterzogen wurden, machte sich während der Discussion ein deutlicher Scepticismus gegen diesen Vorschlag geltend.

11) Prof. Petersen: Ueber die Bedeutung der Röntgenoscopie der Knochen bei Syphilitikern. P. zeigt eine Reihe von Negativen, die beweisen, wie deutlich man am Knochen resp. Periost Veränderungen auf diese Weise nachweisen kann, auch selbst wenn durch Palpation keine Abnormitäten zu finden. In 1 Fall von Dolores osteocopi fand P. Gummata im Knochenmark der Tibia. Auch in 1 Fall von Synovitis gonorrhoica des Handgelenkes konnte man mittelst Röntgen deutliche Veränderungen der Bänder und Synovialis nachweisen.

Discussion:

Hochsinger hält ebenfalls die Röntgenoscopie für ein sehr werthvolles Mittel syphilitische Veränderungen der Knochen nachzuweisen und hat er sie namentlich bei Kindern und Fötis angewandt, wie er es an zahlreichen Abbildungen demonstrirt (Osteochondritis heredosyphilitica epiphysaria).

Kienböck (Wien) brachte ebenfalls interessante Bilder von syphil. Knochen, namentlich 1 Fall von Ostitis rarefecans bei 1 Manne, 3 Jahre nach der Infection.

Hahn (Hamburg) zeigte eine reiche Collection Röntgen-Bilder von Syphilitischen. Besonders lehrreich ist ein Fall von Halswirbelveränderung die nach einer Hg. Kur schwand.

IV. Sitzung.

Demonstration mit einem electrischen Riesen-Projector im prachtvollen physiologischen Auditorium, namentlich mikroskopischer Präparate, die ausgezeichnet klar sichtbar wurden, nur schmolz dazwischen der Canadabalsam derselben.

1. Hartting: Hg. im Gewebe nach intramusculären Injectionen.

2. Pick sen.: Demodex follicularis in den Hautdrüsen, in Hautschnitten, die nach Ziehl gefärbt. Der Parasit bleibt roth gefärbt.

3 Schäffer: Einfluss der Wärme auf die Haut. S. hatte Fäden, die in verschiedene Bacterienculturen getränkt, durch die Haut gezogen, in einem Theil der Versuche aber gleich darauf local Wärme applicirt und dann fehlt, wie die mikroskopische Untersuchung zeigt, jede Reaction, während man sonst deutliche Entzündungserscheinungen in der nächsten Umgebung der Fäden sieht.

4. Justus (Budapest) zeigt Präparate, welche beweisen, dass auch physiologisch in der Haut Jod verhanden; In minimaler Menge findet man Jod zwar in den Zellenkernen aller Organe, während es extracellulär nur in der Thyreoidea, Hypophysis und in der Haut vorhanden. Zum Nachweis benutzte J. als sehr empfindliches Reagens Thalliumnitrat.

5. Herrmann (Berlin) beweist an Präparaten von 8 Fällen, dass es sich beim Naevus um eine primäre Wucherung der Epithelialschicht handelt.

6. Klingmüller zeigte, dass bei erythematösen Infiltraten der Lepra die primären Veränderungen durch Leprabacillen bewirkt werden, die im perivasenlären Gewebe liegen.

7. Tomaschevski (Breslau) demonstrirt, dass bei Acanthosis nigricans der Process mit Folliculitiden beginnt, weshalb man das Leiden eher Dystrophia papillaris pigmentosa nennen müsste.

Wir müssen gestehen; zum ersten Male einen wirklichen allgemeinen Nutzen von einer mikroskopischen Demonstration in grossem Maassstabe gesehen zu haben, denn wenn auch sonst früher Dutzende von Mikroskopen auf Congressen aufgestellt waren, so ging die Demonstration doch meist nutzlos verloren, weil es nur Wenigen möglich war mit dem Ausstellen gemeinsam den einzelnen Fall zu verhandeln. Also auch hier wieder ein nachahmenswerther Fortschritt.

(Schluss folgt).

Vermischtes.

— Unserem Landsmann, dem bekannten Anatom Prof. Dr. Carl v. Kupffer in München, welcher, wie wir bereits gemeldet haben, vom 1. August d. J. aus Gesundheitsrücksichten von der Verpflichtung zur Abhaltung von Vorlesungen und von dem Amte des 1. Conservators des anatomischen Museums enthoben wurde, hat der Prinzregent von Bayern bei dieser Gelegenheit seine Anerkennung für seine langjährige ausgezeichnete Lehrthätigkeit ausgesprochen und ihm das Grosskreuz des St. Michael-Verdienst-Ordens 2. Classe mit dem Stern verliehen. — Prof. v. Kupffer ist über 20 Jahre als Professor der Anatomie an der Münchener Universität thätig gewesen, nachdem er vorher die entsprechenden Lehrstühle in Königsberg, Kiel und ganz zuerst in Dorpat, wo er bekanntlich auch seine medicinische Ausbildung erhalten, bekleidet hatte.

— Im Juni d. J. hat in Jekaterinburg der auch über die Grenzen dieser Stadt hinaus bekannte Fabrikarzt Dr. Alexander Mislawski das 50jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit gefeiert. Aus diesem Anlass wurden dem Jubilar in einer Festsitzung der Uralschen med. Gesellschaft und des Naturforscher-Vereins zahlreiche Adressen, das Ehrenmitglieds-Diplom der Stadt Jekaterinburg, sowie eine durch Sammlung aufgebrachte Geldsumme (bereits über 15,000 Rbl.) zur Errichtung einer Augenheilanstalt auf den Namen des Jubilars überreicht.

— Der Präsident des medico-philanthropischen Comités, wirkl. Staatsrath Dr. Ebermann ist,

auf dem von ihm bekleideten Posten für das laufende Triennium (gemäss der Wahl) bestätigt worden. Zugleich ist das Mitglied des genannten Comités, Staatsrath Dr. Wagner, Director der Golizyn'schen Schule des Kais. patriotischen Frauenvereins, als Vicepräses dieses Comités bestätigt worden, unter Belassung in seiner letztgenannten Stellung.

— Zum Präses der medicinischen Prüfungscommission bei der Moskauer Universität ist der Professor der Anatomie an der Kiewer Universität Dr. A. Tichomirow ernannt worden.

— Die ausserordentlichen Professoren der Moskauer Universität Dr. Leo Morochowez (Physiolog) und Dr. Michael Nikiforow (Patholog) sind zu ordentlichen Professoren ernannt worden.

— Zum stellvertretenden Oberarzt des städtischen Mjasnizki-Krankenhauses und Chef des mit demselben verbundenen Central-Sanitätsbureaus zur Untersuchung der Prostituirten ist an Stelle Prof. Pospjalow's der bisherige ältere Arzt S. E. Molodenkow ernannt worden.

— Mittelst Journal-Verfügung der Livländischen Medicinal-Abtheilung ist der Oeselsche Kreisarzt Collegienrath Karstens (in Arensburg) zum älteren Kreisarzt des livländischen Gouvernements und der stellvertr. Wendensche Kreisarzt Collegienrath Dr. Gaethgens zum stellv. älteren Kreisarzt des livländischen Gouvernements ernannt worden.

— Das «Berliner Tageblatt», Morgenausgabe, Nr. 424, vom 22. August 1901, meldet:

Das goldene Doctorjubiläum beging gestern der kaiserlich russische Staatsrath Dr. med. Franz Ferdinand Massmann, der jetzt zu Charlottenburg seinen Wohnsitz hat. Dr. Massmann hat am 21. August 1851 an der Berliner Universität promovirt und war seit 1852 als Arzt thätig. Früher practicirte er in St. Petersburg und erwarb sich eine angesehene Stellung in Russland; er nahm auch am Krimkriege Theil. Ein Sohn von Dr. Massmann ist deutscher Consul in Konstantinopel. Die medicinische Facultät in Berlin hat in üblicher Weise das Doctordiplom erneuert und Herrn Dr. Massmann zugleich ihre Glückwünsche zu dem Jubiläum kundgegeben.

— Verstorben: 1) In Pleskau der Ordinator am Gouvernements Landschaftshospital Dr. Eduard Wihbe am Flecktyphus im Alter von 33 Jahren. Der Hingeschiedene stammte aus Pleskau und hatte seine medicinische Ausbildung an der Universität Jurjew (Dorpat) erhalten, an welcher er von 1889—1896 studirte. Nach Absolvirung des Cursus war W. kurze Zeit Landschaftsarzt im Toropezschen Kreise, um dann als Arzt in die therapeutische Abtheilung des genannten Hospitals in Pleskau zu treten; wo er nach wenigen Jahren ein Opfer seines Berufes geworden ist. — 2) Im Flecken Iljinzy (Gouv. Kiew) der Arzt an dem Krankenhause der Zuckerfabrik der Fürstin Demidow Dr. Sylvan Galezowski im 44. Lebensjahre an einem organischen Herzleiden. Der Verstorbene, ein Neffe des Pariser Augenarztes gleichen Namens, hatte sich gleich nach Beendigung seiner Studien an der Warschauer Universität (1884) als Arzt in seiner Heimath niedergelassen, wo er zu den beliebtesten und am meisten beschäftigten Aerzten gehörte. — 3) Am 12. Juni in Tomsk der dortige Professor der Chirurgie Dr. Erastus Ssalischtschew im 50. Lebensjahre an den Folgen einer Beinverletzung. Er hatte seine medicinischen Studien in Kasan und darauf an der Medico-Chirurgischen Akademie gemacht, an welcher er auch einige Zeit als Prosector fungirte, bis er bei der Eröffnung der Tomsker Universität zum Professor der chirurgischen Hospitalklinik ernannt wurde. — 4) In Moskau der Privatdocent für Nervenkrankheiten Dr. Nikolai Wersilow, 34 Jahre alt, an einem organischen Herzfehler. — 5) In Berlin der bekannte Chirurg Prof. Dr. Langenbuch, dirigirender Arzt am Lazarushospital, im 55. Lebensjahre. Die praktische Medicin verdankt ihm unter Anderem die Einführung der Nervendehnung in die Therapie.

— Zum städtischen Gerichtsarzt in Riga ist an Stelle des verstorbenen Dr. Panin der Ordinator an den Anstalten des livländischen Collegiums der allgemeinen Fürsorge Nikolai Klimowitsch ernannt worden.

— Die Zahl der Privat-Heilanstalten wächst in Riga ungewöhnlich rapide. Nachdem wir vor nicht langer Zeit über eine ganze Reihe Neugründungen von Privat-Heilanstalten daselbst Mittheilung gemacht haben, können wir heute wieder über 4 neue Concessionen berichten, welche vom Medicinal-Departement zur Errichtung solcher Anstalten in Riga ertheilt worden sind: 1) Dem Dr. Alexander von Zur-Mühlen — zur Einrichtung einer Privatklinik für Ohren-, Hals- und Nasenkrankheiten; 2) dem Arzt Reinhold von Sengbusch — zur Errichtung eines medico-mechanischen Instituts; 3) dem Arzt Ernst Putning — zur Errichtung einer Privatklinik; 4) dem Dr. Eisack (Eugen) Heimann — zur Eröffnung einer Privat-Augenklinik.

— Das städtische Wladimir-Kinderhospital in Moskau beging im Juli-Monat das 25jährige Jubiläum seines Bestehens. Seine Gründung verdankt das Kinderhospital der Munificenz des reichen P. G. v. Derwis, welcher 400,000 Rbl. zur Errichtung desselben spendete. Das musterhaft eingerichtete Hospital, welches mit 180 Betten eröffnet wurde, jetzt aber über 265 verfügt, hat im Laufe des ersten Vierteljahrhunderts 52,249 kranke Kinder verpflegt und im Ambulatorium 394,435 Kranken ärztlichen Rath und Hilfe angedeihen lassen. Das Budget des von der Stadt Moskau unterhaltenen Hospitals ist von 62,257 Rbl. (im ersten Jahre) auf 88.375 Rbl. (im vergangenen Jahre) gestiegen. Im Ganzen sind in den 25 Jahren 1,760,317 Rbl. verausgabt worden und betrug der Unterhalt eines Kranken 331 bis 405 Rbl. jährlich. Als erster Director und Oberarzt der Anstalt fungirte bis zu seinem am 30. März 1896 erfolgten Tode Dr. Paul Wulffius (ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität), welcher aus St. Petersburg, wo er Oberarzt des Nikolai-Kinderhospitals war, an die neue Anstalt berufen wurde. Von den Aerzten sind seit dem Bestehen des Hospitals ununterbrochen an demselben thätig der gegenwärtige Oberarzt Dr. Stanisl. Wassilewski, Dr. Wilh. Irschik (ebenfalls ein Schüler der Dorpater Universität) und Dr. Heinr. Both.

— Einer Journal-Verfügung des Medicinalraths vom 26. Juni a. c. ~~zufolge dürfen neue Arzneimittel~~, ~~die noch~~ nicht in die Pharmakopoe aufgenommen worden sind, an Privatpersonen nur von Apotheken verkauft werden. Aus Droguenhandlungen dürfen sie nur in Originalverpackung auf Verlangen von Aerzten und Apothekern verabfolgt werden.

— In Port Arthur wird von der russischen Regierung ein Sanatorium errichtet und sind zu diesem Zweck 200,000 Rbl. bewilligt worden.

— Die Zahl der Curgäste in den kaukasischen Bädern betrug zu Anfang dieses Monats mehr als 23,000. Die Cursaison wird in Essentuki am 1. September, in Pjatigorsk am 15. September und in Kisslowodsk am 1. October geschlossen. Die Direction des Curortes Shelesnowodsk hat um Verlängerung der Cursaison bis zum 15. September petitionirt.

— Pestnachrichten. In Constantinopel, wo am 6. (19.) August die Quarantäne aufgehoben wurde, da seit 14 Tagen keine neue Pesterkrankung vorgekommen war, sind am 8. (21.) August die Sperrmassregeln wieder angeordnet worden, wozu ein neuer Pestfall am 7. (20.) August mit letalem Ausgange den Anlass gegeben hat. Bf.

— Unfallverhütung, Gewerbehygiene und Arbeiterwohlfahrt, das sind die Gebiete, worauf die Redner der Hamburger Hauptversammlung des Vereins deutscher Revisionsingenieure (2.—4. September) sich bewegen werden. Der genannte über 8 Jahre alte Verein bezweckt durch den Zusammenschluss aller Revisions-Ingenieure Deutschlands den Austausch und die Verbreitung der von diesen Technikern auf dem Gebiete der Unfallverhütung und Arbeiterwohlfahrt gesammelten Erfahrungen. Mitglied des Vereins kann werden: Jeder technisch Gebildete, der sich der Förderung der Unfallverhütung und Arbeiterwohlfahrt berufsmässig widmet, sowie jede andere Person, die auf diesen Gebieten thätig ist. Als Vereinsangehörige kommen deshalb in erster Linie in Betracht: alle Beamten, die mit der gewerblichen Aufsicht über die Fabriken, Handwerksbetriebe und sonstigen Arbeitsstätten beauftragt sind, d. h. die Organe der Gewerbeaufsicht, der Berufsgenossenschaften, der Bergbehörden, der Bau- und Sanitäts-Polizei, des Dampfkessel-überwachungs-Vereines. Die Zwecke des Vereins werden angestrebt durch eine jährliche Hauptversammlung, durch Veröffentlichung diesbezüglicher Arbeiten der Mitglieder in geeigneten Zeitschriften, sowie durch örtliche Zusammenkünfte der Mitglieder. Den bisherigen Einrichtungen ist am 1. Juli d. J. eine neue hinzugefügt: der Verein hat sein eigenes Organ, den «Gewerblich-Technischen Rathgeber» ins Leben gerufen. Diese Zeitschrift für Unfallverhütung, Gewerbehygiene und Arbeiterwohlfahrt, sowie für Genehmigung und Feuersicherheit gewerblicher Anlagen wird durch den Berliner Gewerbeanwalt, Ingenieur Dr. Werner Heffter so geschickt geleitet und durch die Polytechnische Buchhandlung in Berlin bei einem Jahrespreise von 6 Mark so vorzüglich ausgestattet, dass sie schon heute eine grosse Zahl von Abonnenten besitzt.

Anmeldungen zur Theilnahme an der Hamburger Hauptversammlung am 2.—4. September, bei welcher Gäste sehr willkommen sind, wolle man an Ingenieur C. Specht, Berlin N. W. 6, richten.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 21. Juli d. J. 7652 (107 wen. als in d. Vorw.), darunter 475 Typhus — (4. wen.), 706 Syphilis — (53 wen.), 232 Scharlach — (20 wen.), 135 Diphtherie — (16 mehr), 52 Masern — (7 wen.) und 10 Pockenkranke — (3 wen. als in der Vorw.).

Am 28. Juli d. J. betrug die Zahl der Kranken 7663 (8 mehr als in der Vorwoche.), darunter 495 Typhus — (20 mehr), 715 Syphilis — (9 mehr), 244 Scharlach — (2 mehr), 131 Diphtherie — (4 wen.), 47 Masern — (5 wen.) und 7 Pockenkranke (3 wen. als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 15. bis zum 21. Juli 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
511	385	896	259	131	156	14	13	27	68	70	45	31	44	27	8	3

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 2, Typh. abd. 44. Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0. Pocken 0, Masern 23, Scharlach 12, Diphtherie 14. Croup 0, Keuchhusten 1. Croupöse Lungenentzündung 20, Erysipelas 4, Grippe 3, Cholera asiatica 0, Ruhr 5, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0. Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0. Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 59, Tuberculose anderer Organe 19, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 51, Marasmus senilis 27, Krankheiten der Verdauungsorgane 305. Todtgeborene 21.

Für die Woche vom 22. bis zum 28. Juli 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
424	316	740	177	98	125	22	8	22	47	63	60	47	29	27	11	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 0, Typh. abd. 25. Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0. Pocken 0, Masern 17. Scharlach 10, Diphtherie 23, Croup 0. Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 9, Erysipelas 4. Grippe 2, Cholera asiatica 0, Ruhr 9, Epidemische Meningitis 0. Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 4, Tuberculose der Lungen 72, Tuberculose anderer Organe 16, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 22, Krankheiten des Verdauungscanals 228, Todtgeborene 21.

Vinc Priessnitz'sche
Wasserheilanstalt in Gräfenberg
österr. Schlesien.
630 M. hoch im Altvatergebirge gelegen. Eisenbahnstation
Gesammte Hydrotherapie, Kohlensäure-electrische Bäder, Uebungstherapie etc.
Aerztl. Leiter Dr. **R. Hatschek,** zweiter Arzt Dr. **A. Richter.**
(72) 12—9.

Moorbäder im Hause
mit
MATTONI'S Moorextracte zu Bädern.
Einziger natürlicher Ersatz für
Medicinal-Moorbäder
im Hause und zu jeder Jahreszeit.
Mattoni's Moorsalz (trockener Extract) in Flaschen à 1 Ko.
Mattoni's Moorlauge (flüssiger Extract) in Flaschen à 2 Ko.
Langjährig erprobt bei:
Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption v. Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralysen, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

Zu haben in allen Apotheken, Mineralwasser- und Droguenhandlungen.
Heinrich Mattoni, kais. und königl. Hof- u. Kammer-Lieferant,
(60) 18—12. Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.

Hunyadi Janos ist ein Naturproduct dessen abführende Wirkung allgemein bekannt ist. Als Normaldosis genügt ½ Wasserglas voll.

SAXLEHNER'S BITTERWASSER
«HUNYADI JANOS-QUELLE»

Wir bitten auf die gedruckte Portrait-Schutzmarke, welche sich auf jeder Etiquette unseres echten Bitterwassers befindet, genau zu achten!

Eigenthümer: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST.
Zu haben bei den Droguisten und Apotheken.
Man verlange in den Niederlagen «Saxlehner's Bitterwasser».
(14) 26—12.

Zur Behandlung des acuten Gichtanfalls
sowie aller anderen durch harnsaure Diathese bedingten Beschwerden ist
SIDONAL
das klinisch und wissenschaftlich best erprobte Mittel.
Tägliche Dosis im Anfall 5 Gramm mindesten.

Literatur steht kostenlos zu Diensten.

Vereinigte Chemische Werke Actiengesellsch. Charlottenburg.
(42) 43—23.

Dr. von Sohlern's Heilanstalt
in Bad Kissingen,
für Magen-, Darm- und Stoffwechselkranke. Entfettung und Mastkuren. Grösstes und ältestes klinisch geleitetes Institut am Platze.
Geöffnet vom 1. April bis 15. October.
Prospecte gratis.
Dr. Freiherr von Sohlern.
(68) 16—14.

Kissingen Dr. C. Dapper's
*** Sanatorium ***
„Neues Kurhaus" für Magen- und Darmkrankheiten, Fettsucht (Entfettungskuren unter Stoffwechselcontrolle), Diabetes, Gicht, Herz- und Nierenkrankheiten, Neurasthenie (Mastkuren). Einrichtung für Elektro- u. Hydrotherapie in allen Formen. April — December. Prospecte.
Dr. C. Dapper.
(57) 17—11.

Gicht und alle Stoffwechselstörungen.
Bad Salzschlirf Bonifaciusbrunnen.
Petersburg: Stoll & Schmidt.
(19) 52—23.

Дозв. ценз. Спб., 20 Августа 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 34 St. Petersburg, (7. September) 25. August. **1901**

Ein Fall von Werlhof'scher Krankheit.

Von
Professor W. N. Nikitin.

Der Morbus maculosus wurde zuerst im Jahre 1775 von Werlhof beschrieben. Später wurden Fälle dieser Krankheit von vielen Autoren beobachtet, wenn auch verhältnissmässig selten und sowohl die Aetiologie als auch das Wesen der Krankheit sind immer noch wenig erforscht.

Die Prognose ist in der Mehrzahl der Fälle ungünstig, wenn auch einige geheilte Fälle beschrieben worden sind. Ich habe in meiner Praxis folgenden Fall von Werlhof'scher Krankheit beobachtet, in welchem den Ausgangspunkt offenbar die Nasenrachenhöhle bildete.

Die 23 Jahre alte Kaufmannsfrau S. S. wandte sich im März 1901 an mich mit der Klage, sie könne nicht durch die Nase athmen, habe beim Schlucken Schmerzen in der linken Seite des Rachens; auch bilde sich eine schnell wachsende Geschwulst der Lymphdrüsen in der linken Supraclaviculargrube. Gleichzeitig klagte sie über allgemeines Unbehagen bei geringem Fieber. Bei der Untersuchung der Nasenhöhle fand sich eine Schwellung der Nasenmuscheln auf beiden Seiten, besonders ihrer hinteren Enden; daher konnte Pat. nicht durch die Nase athmen und ihre Stimme hatte nasalen Beiklang. Die Schleimhaut auf den Nasenmuscheln war von blassrother Farbe. Im Rachen waren ausser unbedeutender Röthung der Schleimhaut und Schwellung der linken Mandel keine Veränderungen. In der linken Supraclaviculargegend fühlte man ein ganzes Packet vergrösserter Lymphdrüsen, die nicht druckempfindlich, nicht mit der Haut verbacken und unter einander verwachsen waren.

Die Haut über den vergrösserten Drüsen war von normaler Farbe. Nach Aussage der Kranken hatten sich alle Erscheinungen, auch die Drüsenschwellung, gleichzeitig nach einer Erkältung in der Badstube eingestellt. Bis dahin war sie vollkommen gesund gewesen.

Keine Veränderungen von Seiten der Lungen, des Herzens und des Verdauungsapparates. Der Appetit war gut, der Stuhl regelmässig. Der Schlaf war durch die behinderte Nasenathmung gestört; in liegender Stellung hatte sie Anfälle von Athemnoth, so dass sie sitzend, mit Unterbrechungen schlafen musste. Verlegung der Nase war zeitweilig auch früher aufgetreten, an anderen Krankheiten hatte sie aber nicht gelitten, obgleich sie immer ziemlich schwächlich war. Ererbte Krankheiten hatte sie nicht gehabt und lebte seit ihrer Kindheit in guten hygienischen Verhältnissen.

2 Tage nach meiner Untersuchung bildete sich auf der linken Mandel eine Erosion, die mit einem diffusen grauen Belag bedeckt war. Beim Versuch den Belag zu entfernen, blutete die Erosion leicht. Die bacteriologische Untersuchung des Belages zeigte Fehlen von Diphtheritis; der Belag bestand aus Eiterelementen und enthielt Staphylococcen und Streptococcen. Zugleich fing das Geschwürchen auf der Mandel an ein wenig zu bluten, so dass der Speichel immer blutig gefärbt war. Die Körpertemperatur war die ganze Zeit über fieberhaft, überstieg aber auch am Abend nicht 38,3°. Trotz der angewandten Massnahmen dauerte die Blutung aus dem Geschwür fort und nach einer Woche erschien ein ausgedehnter petechiöser Ausschlag auf dem ganzen Körper, besonders auf den Extremitäten. Darnach begannen sich grosse subcutane Extravasate auf den Schenkeln, den Knieen und anderen Körperstellen zu zeigen. Gelenkschmerzen wurden dabei nicht beobachtet. Im Centrum der grossen Extravasate wurden harte Knoten beobachtet, welche Lymphdrüsen ähnlich und druckempfindlich waren. Kleine Ekchymosen zeigten sich auf der Schleimhaut des weichen Gaumens und auf den Scleren beider Augen. Nasenbluten fehlte die ganze Zeit, doch begann das Zahnfleisch stark zu bluten, obgleich es nicht geschwollen war. Es trat Uebelkeit und Erbrechen hinzu mit Beimengung von Blutgerinnseln. Das Epigastrium war nicht druckempfindlich; der Appetit verschwand, es stellte sich Durst ein. Häufige flüssige, dunkle Ausleerungen mit Beimengung von Blut. Im Harn bis zum Tode keine Veränderungen.

Das aus einem Stich gewonnene Blut war sehr dünn, serumähnlich. Die rothen Blutkörperchen waren unverändert, keine Poikilocytose, keine eosinophilen Zellen; ziemlich viel Blutplättchen (die Fixirung der Formelemente geschah mit einer 1 proc. Lösung von Osmiumsäure).

Interessant ist, dass während der ganzen Krankheit das subjective Befinden der Kranken so gut war, dass es der Schwere der Erkrankung nicht entsprach. Erst 4 Tage vor dem Tode musste Patientin sich in Folge der zunehmenden Schwäche zu Bett legen, bis dahin wollte sie, trotz der Ermahnungen der Aerzte, durchaus auf den Füssen bleiben. Unter allgemeinem Kräfteverfall erfolgte der Tod am 106. Tage nach Beginn der Krankheit. — Eine Section konnte nicht gemacht werden.

Was die Ursache der Werlhof'schen Krankheit betrifft, so sehen viele Autoren in ihr einen infectiösen Process (Strümpell, Baginsky, Wothe, Paw-

linow u. A.). Die Untersuchungen von Letzerich[1]) lassen offenbar keinen Zweifel am infectiösen Ursprung der Werlhof'schen Krankheit. Letzerich gelang es, aus dem Blut eines an dieser Krankheit leidenden Mädchens und aus seinem eigenen Blut, als er an dieser Krankheit litt, einen besonderen, noch von Niemanden beschriebenen Mikroorganismus zu isoliren, welcher, nach den Ergebnissen der Ueberimpfung auf Thiere zu urtheilen, für den Erreger der Krankheit gehalten werden müsste. Aber andere Autoren (Timaschew) konnten die Beobachtungen Letzerich's nicht bestätigen. Eichhorst weist ebenfalls auf toxische Einflüsse und Autointoxication als auf Causalmomente hin. Nach Eichhorst handelt es sich um eine primäre Erkrankung des Blutes unter dem Einfluss eines in den Organismus eingedrungenen Giftes, mit consecutiver Schädigung der Gefässwandungen. In der That hatte auch in meinem Fall das ganze Krankheitsbild den Charakter einer acuten Infection. Vielleicht war die Eingangspforte des Giftes der Nasenrachenraum. Vom ersten Beginn der Krankheit an bemerkte die Kranke zugleich mit den Schmerzen in der linken Seite des Rachens und der Verlegung der Nase eine bedeutende, aber schmerzlose Schwellung der supraclavicularen Lymphdrüsen auf der linken Seite, entsprechend dem Schmerz und später dem Geschwür auf der linken Tonsille. Uebrigens wies in den ersten Tagen, obgleich leichtes Fieber und allgemeines Unwohlsein bestanden, nichts auf die Möglichkeit einer schweren Erkrankung. Auffallend war nur die Incongruenz zwischen der relativ unbedeutenden Schwellung der Nasenmuscheln und der Schwere der subjectiven Empfindungen. Die Kranke konnte Nachts in Folge der Verlegung der Nase und der Athemnoth nicht schlafen. Cocain und Menthol wirkten fast garnicht. Interessant ist auch das gänzliche Fehlen von Nasenbluten in diesem Falle. Die schnelle Entwickelung von Petechien, Extravasaten und die Blutungen in den inneren Organen im weiteren Verlauf der Krankheit sprachen direct für ein im Organismus wirkendes Gift.

Zu Gunsten des infectiösen Charakters der Krankheit kann auch das angeführt werden, dass von einigen Autoren (Kissel[2]) Fälle beschrieben sind, in denen die Werlhof'sche Krankheit mit einem vorhergegangenen Gelenkrheumatismus, einer sicher infectiösen Erkrankung, in Zusammenhang gebracht werden konnte.

Zur Casuistik der eingebildeten Schwangerschaft.

Von

Dr. med. und Geburtshelfer Heinr. Joh. Pohl,

(früherem Leiter des 7. Gebärasyls der Kaiserlichen Philanthropischen Gesellschaft in Moskau.)

Die Frage über die sogen. „eingebildete", „nervöse", „falsche", „psychische" etc. Schwangerschaft ist keine neue, trotzdem ist sie bis jetzt wegen der geringen Zahl der publicirten Fälle wissenschaftlich nicht bearbeitet worden.

Gegenwärtig ist, Dank dem Fall in Serbien, die Frage an der Tagesordnung und deshalb wäre es wünschenswerth, dass jeder College, der eine solche „Schwangerschaft" beobachtet hat, seine Beobachtungen und Eindrücke zu statistischen Zwecken mittheilt. Aus den spärlichen Literaturangaben und meiner eigenen Beobachtung bin ich zum Schluss gekommen, dass einer solchen Schwangerschaft 4 Factoren zu Grunde liegen, nämlich 1) der unüberwindliche Wunsch, schwanger zu sein; 2) die Bekanntschaft der Prätendentin mit allen Symptomen, Erscheinungen und den Veränderungen des Organismus während der wirklichen Schwangerschaft; 3) die aufmerksame Selbstbeobachtung der Kranken in Erwartung der ersten Anzeichen der Schwangerschaft, und 4) die fälschlich bestätigende Diagnose der Schwangerschaft von Seiten eines Geburtshelfers oder einer Geburtshelferin, welche die Autosuggestion unterstützt.

Ich erwähnte oben die äusserst spärliche Literatur dieser Frage. Indessen erzählt der Interviewer im «Russkoje Slowo», dass Prof. Snegirew solche Fälle 1—2—3 Mal jährlich sieht. Das würde für 30 Jahre der sehr ausgebreiteten Praxis unseres geehrten Professors eine ganz erhebliche Zahl ausmachen. Für uns gewöhnliche Sterbliche, die wir nicht über ein so immenses klinisches Material verfügen, wäre es sehr wünschenswerth, dass solche Fälle in der originalen Form veröffentlicht würden, wie sie sich dem Beobachter darboten und dann von Seiten einer competenten Persönlichkeit, der es beschieden ist die Wissenschaft zu fördern, aus den gesammelten Beobachtungen die Schlussfolgerungen über das Wesen der Frage zu vernehmen. Sonst wird es der Frage beschieden sein „ewig neu" zu bleiben, und zugleich „ewig alt" und unentschieden.

Unser verstorbener berühmter Kliniker Prof. Botkin war der Meinung, dass der Arzt bei der Beschreibung einer Krankheit am Krankenbett die Krankengeschichte nicht fälschen soll, indem er sie den Hand- und Lehrbüchern anpasst, sondern beschreiben soll, was er selbst sieht, hört, fühlt und was ihm der Kranke selbst erzählt; nur so kann die Medicin fortschreiten. Treu dieser Lehre will ich von den 2—3 Fällen, die ich in meiner 23jährigen Praxis gesehen habe, nur den letzten beschreiben, den ich gut controlliren kann, da die „Wöchnerin" bis jetzt im besten Wohlsein in Moskau lebt. Der Fall lässt sich vielleicht nicht in eine bekannte Schablone unterbringen, ist dafür aber originell.

Vor einigen Jahren bekam die 20jährige Frau G., eine vollkommen gesunde, in jeder Beziehung normal entwickelte, brünette Dame, von mittlerem Wuchs und mittlerem Körperbau, den unwiderstehlichen Wunsch schwanger zu werden. Sie besuchte viele Moskausche Geburtshelfer, las geburtshilfliche Bücher, studirte alle Schwangerschaftssymptome bis in die Details, die subjectiven Erscheinungen und die objectiven Veränderungen und beobachtete sich mit grösster Genauigkeit, lebte vorsichtig, besonders vor der Periode, welche sie fürchtete, weil sie ihr Enttäuschung brachte. Dieser gespannte Zustand dauerte 4 Monate. Im 5. Monat blieb die Periode zur richtigen Zeit aus und es erübrigte nun das Eintreten der Schwangerschaftssymptome zu erwarten in der Reihenfolge, wie sie sie aus den Büchern gelernt hatte. Die sorgfältige Selbstbeobachtung war von Erfolg gekrönt. Frau G. «bekam» einen Widerwillen gegen Fleischspeisen, bekam einen Druck im Epigastrium, Uebelkeit und am Morgen schleimiges Erbrechen. Es zeigten sich Launen und ungewöhnliche Wünsche und andere subjective Symptome. Es blieb noch übrig die physischen Veränderungen zu erwarten. Tagelang drückte Frau G. sich die Brustdrüsen, besah die Brustwarzen, beobachtete vor dem Spiegel ihren Leib, den sie künstlich aufblähte. Später stellte sich durch tägliche Spaziergänge guter Appetit ein, sie ass viel, ohne auf ihre hübsche Taille zu achten; der Leib wurde grösser, der ganze Körper voller, nach ihrer Meinung in Folge von Schwangerschaft. Um sich zu vergewissern, rief sie eine Hebamme, welche, nachdem sie von Frau G. selbst eine «meisterhafte» Beschreibung aller Symptome gehört hatte, mit voller Ueberzeugung das Bestehen der Schwangerschaft bestätigte und ein Regime verordnete.

Gerade nach 9 Monaten, nach der «genauen» Berechnung der Hebamme, stellten sich die ersten Wehen ein, deren Charakter in Allem der Beschreibung der Bücher und der Hebamme glich; es war kein Zweifel, dass die «Periode der Geburt begonnen» hatte. Die herbeigerufene Hebamme untersuchte die «Kreissende» und beruhigte sie damit, dass «Alles gut stehe», legte sie zu Bett, präparirte das Bad für das zu erwartende Neugeborene und fing an der «Gebärenden» das Kreuz zu reiben, um die Uteruscontractionen zu erleichtern. Frau G. hatte früh angefangen zu menstruiren und bis zur «Schwangerschaft» kamen die Menses regelmässig alle 3

[1]) Letzerich: Untersuchungen und Beobachtungen über die Aetiologie und die Kenntniss der Purpura hämorrhagica. Leipzig 1889.

[2]) Kissel: «Wratsch» 1894 Nr. 33 und 34.

Wochen, dauerten 3 Tage ohne jegliche Schmerzen; während der «Schwangerschaft» blieben die Menses die ganze Zeit über aus. Im Verlauf von 12 Stunden erschöpften die «Wehen» die Kranke völlig und es wurde der junge Acoucheur A. gerufen; dieser fand, dass die Geburt schwer sein werde, verordnete ein warmes Bad und Vaginaldouchen und fuhr fort. Nach einigen weiteren qualvollen Stunden rief man den alten Geburtshelfer J. — Er billigte die Verordnungen des jungen A., fand dass der vorliegende Theil noch hoch stehe und sagte der Hebamme, sie sollte nach ihm schicken, wenn der Muttermund auf 3 Querfinger erweitert sei; wenn aber die Kreissende die Geduld verlieren sollte, so würde er den Muttermund künstlich erweitern und die Wendung der Frucht auf den Fuss machen. Einige Stunden später konnte der Acoucheur J. nicht gefunden werden und man rief mich. Nachdem ich die Geschichte der Schwangerschaft gehört hatte, untersuchte ich die «Kreissende» und fand gar keine objectiven Zeichen der Schwangerschaft; in die Augen fallend war ein colossaler allgemeiner Fettansatz. Der Leib gross, elastisch, mit stark entwickeltem subcutanem Fettpolster, die Haut auf dem Leib von matter Farbe, nicht gespannt, in den Seitentheilen keinerlei Dehnungsstreifen. Die Linea alba ist eingezogen und theilt den Leib gleichsam in 2 Hälften, dabei ist sie nicht pigmentirt[1]). Der Nabelring ist eingezogen. Bei der Auscultation, Percussion und Palpation in verschiedenen Körperlagen kann man weder eine Vergrösserung des Uterus, noch Kindstheile, noch Kindsbewegungen, noch kindliche Herztöne, noch Nabelschnurgeräusch constatiren. Die Brüste sind fett, die Milchdrüsen nicht entwickelt, der Hof um die Brustwarzen nicht pigmentirt, aus den Brüsten lässt sich nichts ausdrücken oder aspiriren. Die äusseren Genitalien sind weder in der Farbe noch in der Consistenz verändert, die Scheide elastisch und unverändert. Die Vaginalportion hart, conisch, der Muttermund geschlossen, aus ihm fliesst etwas dunkel-chocoladefarbiges Blut (Menstrualblut). Nach Entleerung der Blase mit dem Catheter und des Mastdarms durch ein Klystier führt die combinirte Untersuchung wegen der grossen Fettablagerung zu nichts; bei der Untersuchung per rectum dagegen konnte ich constatiren, dass der Uterus nicht nur nicht schwanger, sondern sogar an Umfang verkleinert war. Ebensowenig liess sich eine extrauterine oder Abdominalschwangerschaft constatiren.

Nach Erwägung aller Umstände erklärte ich kategorisch, dass gar keine Schwangerschaft vorliege und rieth der «Kreissenden» aufzustehen. In meiner Gegenwart stand Frau G. auf, beruhigte sich und von diesem Moment an hörten die Wehen auf; am anderen Tage kamen die Menses, die etwas schmerzhaft und weniger copiös als gewöhnlich verliefen. Ich rieth der Kranken sich wegen der Fettsucht zu curiren. Das that sie auch und wurde nach 6 Monaten wirklich schwanger. Ich beendete die Geburt mit der Zange; das Kind war gut entwickelt. Nachher hat Frau G. noch 3 Mal geboren. Die Kinder und sie selbst sind gesund.

Wir constatiren also die Thatsache, dass in Folge der obengenannten Factoren unter gewissen Umständen die «eingebildete» Schwangerschaft durch Autosuggestion, die sich aber langsam entwickelt, entstehen kann. Frauen dagegen, welche leidenschaftlich wünschen, schwanger zu werden, aber die Schwangerschaftssymptome nicht kennen, können sich nicht Schwangerschaft aufsuggeriren, wie ich mich alljährlich in Dutzenden von Fällen überzeugen kann. Zur Suggestion ist ein Begriff nöthig, fehlt dieser, so kann von Suggestion keine Rede sein.

Ebenso wie der Wunsch zu concipiren alle Symptome der Schwangerschaft in der Einbildung entstehen lässt, ebenso thut das die verzweifelte Furcht vor der Schwängerung bei Personen, welche die Symptome kennen. Diese Kategorie von Personen ist viel häufiger, sie finden sich fast in jeder Sprechstunde. Verzweifelt beschreiben sie ihren unglücklichen Zustand, der sie zu Selbstmordgedanken treibt und man muss sich über ihre genauen Kenntnisse und die Folgerichtigkeit ihrer Beschreibung wundern, nach dem Coitus sei die Periode ausgeblieben, der Appetit sei geschwunden etc. etc.; es wird eine Reihe von subjectiven Empfindungen geschildert bis zum Körnigwerden der Brustdrüsen, Völle im Leib, häufigem Harndrang. Wenn man sie anhört, zweifelt man nicht an der Schwangerschaft, bei der Untersuchung aber findet man kein einziges objectives Symptom und kommt zum Schluss, dass es sich um ein blutarmes, hysterisches oder neurasthenisches Weib, oder vielleicht um eine Psychopathin handelt. Fettsucht wird bei Personen dieser Kategorie nicht beobachtet, offenbar weil sie sehr früh beim Acoucheur erscheinen, nämlich nach dem Ausbleiben der ersten oder spätestens der zweiten Periode; meist kommen sie sogar vor der Periode, wenn sie selbst noch nicht wissen, ob diese eintreten wird oder nicht.

Für beide Kategorien von «Schwangeren» habe ich mit Erfolg eine causale Behandlung angewandt: erstens für beide Kategorien die Suggestion oder Versicherung, dass garkeine Schwangerschaft vorliegt, dass die Symptome durch den heftigen Wunsch, resp. die Furcht, schwanger zu sein, hervorgerufen sind; zweitens für Fettsüchtige eine Entfettungscur, für Blutarme und Nervöse eine roborirende Behandlung und Beruhigung der Nerven bei entsprechender Diät; das Regime ist für beide Kategorien besonders vorzuschreiben. Bei Ausbleiben der Regeln in Folge von Blutarmuth ist das beste blutbildende Mittel Jodeisen in Form folgender Mixtur: Rp. Kali jodati, Tr. Ferri pomatae āā 5,0, Cognac F. Ch. et Syr. Cort. Aurant. āā 30,0, Aq. dest. 120,0, MDS. 3 mal täglich 1 Esslöffel in Milch; nach jedesmaligem Einnehmen sind die Zähne mit Zahnpulver zu reinigen.

Was die Frage betrifft, auf welche Weise in den erwähnten Fällen auf einige Zeit die Menstruation unterdrückt wird, und statt dessen eine Verfettung des ganzen Organismus und besonders des Leibes eintritt, — so finden wir die Antwort darauf mit genügender Erklärung in den Arbeiten aus dem Gebiet der Psychologie, Neurologie und Physiologie.

[1]) In Betreff der Pigmentirung der Linea alba in der Schwangerschaft, welche für ein Symptom derselben gilt, bin ich in Zweifel: ich finde die Pigmentirung stark ausgesprochen zuweilen bei 5—6 monatlichen Mädchen bei acuter Enteritis, ebenso zuweilen bei Männern jenseits der 30er Jahre ebenfalls bei acuter Enteritis, und finde sie zuweilen nicht bei Schwangern und Mehrgebärenden.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Die Prophylaxe der functionellen Störungen des männlichen Geschlechtsapparats von Dr. H. Rohleder. (München 1901. Seitz und Schauer.)

Verf. bespricht folgende vier Functionsstörungen, die Masturbation, die krankhaften Samenverluste, die Impotentia und endlich die Sterilitas virilis. In eindringlicher Weise betont er die Schädlichkeit der Masturbation, stellt sich in Gegensatz zu Ellis, der mässige Ausübung bei kräftigen Individuen direct für unschädlich erklärt. Recht hat R. unbedingt, wenn er die übernatürliche Erhitzung der Phantasie beim Masturbanten für schädlich hält, unrichtig ist die Betonung des Nichtphysiologischen, das Widernatürliche des Autoerotismus. Sehr dankenswerth ist die ausführliche Besprechung der Prophylaxe in den Schulen, auch im Hause. Nicht weniger verbreitet ist die Unsitte bei Mädchen als bei Knaben, wird bei den ersteren häufig wachgerufen zur Zeit der ersten Menstruation. Wichtig sind vor allem richtige hygienische Bedingungen (Ernährung, kein Alkohol, keine warmen Deck- resp. Unterbetten, keine Wollenkleidung, viel körperliche Bewegung wie Turnen, Schwimmen etc.). Merkwürdigerweise ist Vermeidung sexuell anregender Lectüre, die mit eine Hauptrolle spielt, nicht erwähnt. Die Prophylaxe der drei übrigen Erscheinungsformen ist im wesentlichen eine Verhütung der aetiologischen Momente, der unwillkürlichen sexuellen Excesse (Onanie), des übermässigen Geschlechtsgenusses und der Erkrankungen der Genitalorgane. Im Anschluss an andere Autoren hebt Verf. nachdrücklich die Unschädlichkeit sexueller Abstinenz im allgemeinen hervor, andererseits trägt er der Gewalt des sexuellen Triebs Rechnung und räth bei Abusus eher zu Beschränkung als zu Enthaltsamkeit. Die hier in Umrissen referirte Schrift darf den Collegen (insbesondere Kinderärzten, Urologen, Neurologen und Psychiatern) empfohlen werden; Kürze und Klarheit sind recht wesentliche Vorzüge derselben.

Voss.

Ueber Luftkuren für Nervöse und Nervenkranke von Dr. L. Löwenfeld. (München 1901. Seitz und Schauer).

Eine kurze Besprechung der Luftkuren in erster Linie bei Neurosen. Verf. legt grossen Werth auf Luftströmungen, die den Luftkuren erst die wirklichen Erfolge verschaffen, indem sie reichlichen Aufenthalt im Freien mit ausgiebiger Bewegung ermöglichen. Vor übertriebenem Spazierengehen wird aber mit Recht gewarnt. Das Seeklima hat, wo stärkere Luftströmungen und Wellenschlag fehlen (wie an der Ostsee), einen beruhigenden Einfluss, die Nordseeküste hingegen mehr anregende Wirkungen. Vasomatorische und Herzneurosen eignen sich nicht für hochalpinen Aufenthalt. Dies ist in kurzen Worten der Inhalt der für den Praktiker ganz brauchbaren Brochure.

Voss.

Mittheilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung am 15. November 1900.

1. Dr. Hampeln demonstrirt zwei Patienten mit Oesophagusstenose.

Vortragender bemerkt einleitend, dass in der letzten Zeit, seit Einführung der Oesophagoskopie, die Oesophagusdivertikel häufiger diagnosticirt würden. Redner selbst hat nur ein Divertikel der Speiseröhre gesehen und zwar vor ca. 20 Jahren ein Zenkersches Pulsionsdivertikel. Es gelang Vortragendem damals sofort die Schlundsonde einzuführen und Pat. wurde 15 Jahre lang mit Hilfe derselben ernährt. Zu dieser Zeit hatte die Chirurgie derartige Fortschritte gemacht, dass Pat., dem die Operation damals sowohl in Riga, als auch in Petersburg und Berlin verweigert wurde, vor einigen Jahren von Kocher in Bern mit bestem Erfolg operirt worden ist.

Redner hat kürzlich sein Krankenjournal daraufhin durchgelesen, ob sich vielleicht in demselben Fälle finden, welche die Diagnose eines Divertikels zuliessen und einen verdächtigen Fall gefunden. Es handele sich da um einen Kranken, der seit einigen Jahren an Erbrechen zu leiden angab, das immer ca. ½ Stunde nach dem Essen und zwar besonders nach Aufnahme von Flüssigkeiten auftrat; ½ Glas Flüssigkeit konnte Pat. noch ertragen, bei Zufuhr grösserer Mengen trat das Erbrechen ein. Eine Geschwulst am Halse hat Pat. nie bemerkt, auch Redner selbst hat keine constatiren können, auch nicht, nachdem er Pat. ein Glas Wasser trinken liess. Redner hat Pat. nur ein Mal in seiner Sprechstunde gesehen und weiss über sein ferneres Schicksal nichts zu berichten.

Auch der pathologische Anatom bekomme selten Oesophagusdivertikel zu Gesicht, so könne z. B. Dr. Krannhals sich nicht erinnern in seiner langjährigen Thätigkeit am Stadtkrankenhaus auch nur ein einziges gesehen zu haben.

Bei dem jetzt vorzustellenden Kranken liegt nach Redners Meinung ebenfalls kein Divertikel vor, doch sei bei ihm ein Symptom zu demonstriren, das im Allgemeinen für die Diagnose eines Divertikels verwerthet werden könne und welches in der Einführung mehrerer Sonden nebeneinander bestehe. Eine zuerst eingeführte Olivensonde mittlerer Stärke, verfange sich, falls ein Divertikel vorhanden sei, in diesem, während eine neben dieser eingeführte dünne Sonde bis in den Magen hinabgleite, da ihr der Zudrang ins Divertikel durch die erste Sonde versperrt sei. Diese Methode sei zuerst zur Sondirung von Harnröhrenstricturen, dann in der angegebenen Weise zur Diagnose von Oesophagusdivertikeln verwandt worden, doch sei das Vorhandensein des Symptoms nicht unbedingt beweisend, weil die ersteingeführte Sonde möglicherweise auch in kleinen Ausbuchtungen oberhalb eines Oesophaguscarcinoms oder hinter einem Sporn des Carcinoms stecken bleiben könne. Der vorgestellte Pat. 48 J. alt, Hebräer, Händler, stammt von gesunden Eltern, keine venerischen Krankheiten, hat früher sehr stark geraucht, trinkt täglich 1—3 Schnäpse. Seit 5 Monaten hat Pat. beim Schlucken das Gefühl des Steckenbleibens in der Höhe der 5. Rippe; kein Erbrechen, Appetit gut, doch fürchtet Pat. sich wegen des Steckenbleibens vor dem Essen. Pat. giebt an, abgemagert zu sein, doch ist keine Kachexie zu bemerken, der objective Befund an Lungen, Herz und Abdomen normal, die von Dr. v. Bergmann ausgeführte Oesophagoskopie ergab kein eindeutiges Resultat. Führte man eine Sonde mit einer mittelstarken Olive ein, so blieb sie regelmässig bei ca. 31 cm. stecken; eine neben dieser eingeführte dünne Sonde glitt jedes mal bis in den Magen.

Vortragender demonstrirt dies Verhalten am Pat.; die erste Sonde lässt sich 26½ cm. weit einführen, die zweite bis in den Magen.

An der wieder entfernten Sonde haftet ein wenig Blut. Der an der dünneren Sonde haftende Magensaft reagirt stark sauer, Congopapier wird nicht gebläut.

Vortragender demonstrirt einen zweiten Pat., der seit einigen Monaten das Gefühl des Steckenbleibens eingeführter Speisen in der Höhe des unteren Sternalendes hat; kein Schmerz, kein Erbrechen, Abmagerung, keine auffallende Kachexie. Bei Einführung der Sonde stösst man bei 34 cm. auf ein Hinderniss, doch lässt sich die Sonde an demselben vorbei bis in den Magen einführen.

In Bezug auf die Technik der Sondeneinführung bemerkt Vortragender, dass er dieselbe immer hinter dem Pat. stehend ausführe, bei stark nach hinten gebeugtem Kopf, so dass der Mund und Oesophagus in einer geraden Linie liegen, wie bei den Schwertessern. Diese von Trendelenburg schon vor 25 Jahren angegebene und dann in Vergessenheit gerathene Methode sei neuerdings von Mikulicz wieder empfohlen worden.

Dr. Mandelstamm I fragt, ob sich das Röntgenverfahren bei der Diagnose von Oesophagusdivertikeln mit Erfolg verwenden lasse.

Dr. Hampeln. Man habe versucht, das Divertikel, mit Wismuthemulsion angefüllt, radiographisch sichtbar zu machen, doch würden die tiefsitzenden Divertikel durch den Herzschatten verdeckt, während die hochsitzenden auch ohne Röntgenverfahren nicht schwer zu diagnosticiren seien. Das beste Hilfsmittel für die Diagnose der Divertikel werde wohl vorläufig die Oesophagoskopie bleiben.

Dr. Mey weist auf den Vortheil hin, den es vielleicht gewähren könnte, die Durchleuchtung vorzunehmen, während die Sonden eingeführt seien.

Dr. O. Sengbusch demonstrirt die Röntgenplatte der Thoraxorgane einer Patientin, welche angab, tags zuvor 3 Theelöffel verschluckt zu haben. Die Patientin sei vor einem Jahr in der Irrenanstalt Rothenberg behandelt worden, um Weihnachten v. J. habe Dr. v. Bergmann ihr durch die Oesophagotomie ein absichtlich verschlucktes Gebiss entfernt.

Bei der kürzlich, nach Verschlucken der Theelöffel, an der Patientin vorgenommenen Durchleuchtung in sagittaler Richtung heben sich die Fremdkörper nur zum Theil in erkennbarer Weise vom Wirbelsäulenschatten ab; bei schräger Durchleuchtung aber wurden 2 Theelöffel, der eine etwas höher als der andere, in ihrer ganzen Ausdehnung zwischen der 2. und 9. Rippe sichtbar. Es wurde in Rückenlage eine photographische Aufnahme vorgenommen, deren Platte demonstrirt wird.

Die beiden Löffel wurden von Dr. v. Bergmann durch die Oesophagotomie entfernt.

3. Dr. O. Klemm hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Frauenmilch. (Erscheint seiner Zeit im Druck).

d. Z. Secretär: Dr. A. Bertels.

Sitzung am 6. December 1900.

1. Dr. Al. Meyer (Bolderaa) macht die Mittheilung, dass er in Anlass der vor einiger Zeit drohenden Pestgefahr an 2 Angestellten des zur ev. Aufnahme von Pestkranken bestimmten Hospitals Schutzimpfungen mit Haffkine'scher Lympfe vorgenommen habe und zwar habe er einem Erwachsenen 5 cm., einem Halberwachsenen 4 cm. in den Oberarm subcutan injicirt; es trat danach Schwellung und Röthung an der Injectionsstelle auf, während die Temperatur beim Erwachsenen bis auf 37,3, beim Halberwachsenen auf 37,9 stieg.

2. Dr. W. Lieven stellt eine Anzahl von Kranken mit verschiedenen Formen der Bleivergiftung vor:

a) Arbeiter, 47 J. alt, ist seit 9 Jahren damit beschäftigt, in einer Gummifabrik die Mischungen herzustellen, wobei auch Bleisalze zur Verwendung gelangen. Pat. zeigt einen selten gut ausgeprägten Bleisaum; die Dumoulinsche Reaction lässt sich am Halse demonstriren, am Rücken dagegen, der durch die Kleidung vor der Einwirkung des in der Luft suspendirten Bleistaubes geschützt ist, fällt sie negativ aus — ein neuer Beweis für die Richtigkeit der vom Redner schon früher ausgesprochenen Ansicht, dass die Dumoulin'sche Reaction nur den Beweis dafür zu liefern im Stande sei, dass die betr. Person der äusserlichen Einwirkung von Bleipräparaten ausgesetzt gewesen, dass sie aber nicht ein Zeichen von Bleivergiftung sei. Pat. zeigt einen leichten Tremor der Hände, fühlt sich aber im Uebrigen vollkommen wohl, auch lassen sich objectiv keine Organerkrankungen nachweisen. Pat. bietet also ein Beispiel dafür, dass man längere Zeit der Einwirkung von Bleipräparaten ausgesetzt sein kann, ohne an seiner Gesundheit wesentlichen Schaden zu nehmen.

b) Arbeiter, 28 J. alt, arbeitet nur 6 Wochen in demselben Raum und unter denselben Bedingungen, wie der soeben vor-

gestellte Pat. und hat schon eine schwere Bleivergiftung davongetragen. Pat. hat soeben eine heftige Bleikolik durchgemacht, es besteht Kachexie, hochgradige Anämie (Hämoglobingehalt 43 %); lautes systolisches Geräusch am Herzen, das vor 6 Wochen, als Pat. behufs Aufnahme in die Zahl der Fabrikarbeiter untersucht wurde, nicht vorhanden war; ein Bleisaum ist besonders deutlich zu sehen, wenn man das Zahnfleisch durch Druck anämisch macht. Die Dumoulin'sche Reaction fällt negativ aus, weil Pat. zu therapeutischen Zwecken täglich gebadet wird. Der Urin enthält etwas Eiweiss, keinen Zucker.

c) Der dritte Pat. ist derselbe, den Vortragender schon am 17. Mai a. c. vorgestellt; es handelt sich um einen Arbeiter, der 10 Jahre mit Bleifarben zu thun gehabt hat; am 29. April a. c. erkrankte derselbe plötzlich mit klonischen Convulsionen bei kleinem Pulse und maximal erweiterten Pupillen, Urämie schien damals ziemlich ausgeschlossen, weil der Urin bei wiederholter Untersuchung von normalem spec. G. und frei von Eiweiss war und am Herzen sich keine Veränderungen fanden, während der Bleisaum und die in der Folgezeit zu Tage tretende Demenz sich für die Diagnose einer Schädigung des Gehirns durch Bleisalze verwerthen liessen. Bei der Demonstration am 17. Mai machte Pat. einen sehr heruntergekommenen Eindruck, der Hämoglobingehalt des Blutes betrug zu der Zeit 48 %. Die Prognose schien damals eine ziemlich schlechte zu sein, in den folgenden Wochen nahm die Demenz noch weiter zu, es trat Schwindelgefühl und Tremor auf, Ende Juni fanden sich hyaline und granulirte Cylinder im eiweissfreien Urin, dessen spec. Gew. 1018 betrug. Dabei war aber im allgemeinen Kräftezustand eine Besserung eingetreten.

Im Sept. stellten sich sehr heftige Schmerzen in der rechten Schulter und rechten Hüfte ein, die Vortragender als Bleiarthralgie deutete und die sich nach Gebrauch von Jodnatrium besserten.

Gegenwärtig ist Pat. gut orientirt, klagt über Schwäche, Tremor, Schwindel; Hämoglobingehalt des Blutes 65 %. Bei der letzten Untersuchung war der Ictus hebend, im 5. Intercostalraum, in der Mamillarlinie. Kein Eiweiss, aber Cylinder.

Die Sehschärfe betrug ²/₃, Gesichtsfeld normal, bei der ophthalmoscopischen Untersuchung findet man eine Abblassung der temporalen Hälften beider Papillen, sonst normale Verhältnisse (Dr. Stavenhagen).

Bei der nachträglich manifest gewordenen Nierenerkrankung könnte man jetzt abermals die Frage aufwerfen, ob es sich bei den Convulsionen des Pat. am 29. April nicht doch um Urämie gehandelt habe. Gegen diese Annahme würde sprechen, dass das Bewusstsein damals nicht vollständig erloschen war, auch deute der ophthalmoscopische Befund mehr auf einen cerebralen Process hin; der Nachweis eines centralen Skotoms für Roth, der für diese Diagnose beweisend gewesen wäre, scheiterte an der mangelnden Intelligenz des Patienten.

d) Der vierte Fall stellt das typische Bild der Lähmung peripherischer Nerven durch Blei dar.

Der 55 Jahre alte Maler F. bemerkte etwa vor 10 Jahren, nachdem er ca. 25 Jahre lang seinem Handwerk nachgegangen war und mehrere Koliken durchgemacht hatte, eine Schwäche zuerst der rechten, dann der linken Hand, die ziemlich schnell zunahm, so dass Pat. nach einiger Zeit weder seine Hände noch Arme heben konnte. October 1893 wurde in der Nervenabtheilung des Rigaer Stadtkrankenhauses eine complete Lähmung des M. deltoidens und der Extensoren der Finger bei herabgesetzter Sensibilität und aufgehobenem Temperatursinn (beiderseits) constatirt.

Willkürlich wurden noch innervirt, wenngleich sie schon paretisch waren: M. M. triceps, biceps, supinator longus, die Beuger der Finger und die MM. interossei. Musculatur der oberen Extremitäten und die Schultermusculatur atrophisch. Bleisaum.

April 1897 suchte Pat. wiederum das Stadtkrankenhaus auf, weil seine Beine nicht recht functionirten, damals bestand, wie aus dem Krankenbogen ersichtlich, eine Radialislähmung beiderseits bei leichter Atrophie der Muskeln der oberen Extremitäten. Die Muskeln der unteren Extremitäten zeigten eine gewisse Steifigkeit, so dass die Beine passiv nur schwer bewegt werden konnten. Pat. wurde gebessert entlassen.

Seitdem ist, nach Angabe des Pat., eine gewisse Besserung in der Beweglichkeit der Hände und Arme eingetreten, die, wenn sie zum Theil auch davon abhängen mag, dass Pat. es gelernt hat, seine Hände besser zu gebrauchen, sich aber auch objectiv constatiren lässt.

Status: Die rechte Hand steht in Volarflexion, die Finger sind flectirt, der Daumen adducirt, spatia interossea leicht eingesunken. Musculatur des Vorderarms leicht atrophisch; Sensibilität und Temperatursinn erhalten; die Hand kann nur passiv gehoben werden. Ab- und Adduction, sowie Supination aufgehoben. Finger können passiv gestreckt werden, wenn auch eine gewisse Steifigkeit dieses erschwert, activ jedoch nur in geringer Excursion, beim Unterstützen der Grundphalangen. Ebenso ist ein Spreizen der Finger erschwert. Die Beweglichkeit des Ellenbogen- und Schultergelenkes ist erhalten. Supinator longus und triceps frei.

An der linken Hand fällt eine vollkommene Contracturstellung des 3.—5. Fingers auf. Sonst nichts Besonderes bemerkbar.

Pat. hat häufigen Harndrang; Harnmenge vermehrt, Albumin in geringen Mengen, Herz überlagert.

Was in diesem Fall die Diagnose «Bleilähmung» auch bei jetzt fehlendem Bleisaum sichert, ist die Beiderseitigkeit der Affection und das charakteristische Freibleiben der MM. supinator longus und triceps.

Wenn Fall 4, wenngleich ihm eine gewisse Heilungstendenz nicht abgesprochen werden darf (was zumal die linke Hand betrifft), schwer und bleibend geschädigt erscheint, so zeigt der letzte Pat. ein gutes Heilungsresultat.

e) Pat. P. ist 45 J. alt. Maler. Nach seinen Angaben ist vor ca. 4 Jahren, nachdem er mehrere Koliken durchgemacht hatte, eine Lähmung beider Hände eingetreten, so dass er längere Zeit vollkommen arbeitsunfähig gewesen ist. Allmählich sei dann die Beweglichkeit zurückgekehrt, und momentan hält Pat. sich für vollkommen gesund. Nur ganz feine Arbeiten könne er nicht verrichten.

Status: An den oberen Extremitäten lässt sich im Wesentlichen nichts weiter constatiren, als dass die Hände activ nur etwa bis zur Horizontalen gehoben werden können, passiv jedoch darüber hinaus. Hat man sie einmal passiv gehoben, so kann Pat. sie einige Zeit in dieser Stellung halten, allmählich jedoch sinken sie, der Schwere folgend, hinab.

Bei der electrischen Prüfung ergiebt sich nun für beide Stromesarten bei directer und indirecter Reizung eine vollkommene Unerregbarkeit der vom N. radialis versorgten Muskelgruppen, mit Ausnahme der MM. supinator longus und triceps, die beiderseits vollkommen normal innervirt erscheinen.

Pat. hat häufigen Harndrang, muss auch Nachts Urin lassen; geringe Menge Albumin.

Dieser Fall lässt auch bei anderweitigen geringen Symptomen doch noch durch den Ausfall der elektrischen Prüfung die Diagnose einer überstandenen schweren Bleilähmung des Radialis stellen (Beiderseitigkeit der Affection bei Freibleiben der MM. supinator longus und triceps).

Dr. Hampeln: Bei einer Reihe von consumirenden Erkrankungen, am regelmässigsten bei der Bleivergiftung seien eigenthümliche Körnelungen der rothen Blutkörperchen wahrgenommen worden. Redner richtet an Dr. Lieven die Frage, ob er vielleicht sein Augenmerk hierauf gerichtet habe.

Dr. Lieven hat keine dahinzielenden Blutuntersuchungen gemacht.

Dr. Ed. Schwarz weist darauf hin, dass in dem einen der vorgestellten Fälle auch die Interossei Entartungsreaction, resp. Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit zeigten; ob denn bei Bleivergiftung auch der Ulnaris betroffen sein könne.

Dr. Lieven: Ja, nach längerem Bestehen der Vergiftung wohl.

Dr. Schönfeldt erwähnt einen von ihm vor Kurzem beobachteten Fall von schwerer Polyneuritis saturnina mit sehr hochgradigen degenerativen Veränderungen.

Dr. Lieven weist demgegenüber auf die Schwierigkeit hin, bei unseren Arbeitern festzustellen, wie viel auf Rechnung des Bleies und wie viel auf diejenige des Alkohols zu setzen sei; über Polyneuritis infolge von Bleivergiftung sei seines Wissens in der Literatur nichts bekannt.

Dr. Schönfeldt: In seinem Fall handle es sich um einen Juden, welcher mit bleihaltiger Glasur zu thun habe und bei dem Alkoholismus ausgeschlossen sei; ausserdem kenne die Literatur thatsächlich Fälle von Polyneuritis saturnina.

3. Dr. Gerh. Kieseritzky hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Frauenmilchuntersuchungen vom klinischen Standpunkt.

Vortragender hebt zuerst das Wesen der Colostrumkörperchen hervor und deren Bedeutung in diagnostischer und in Folge dessen auch therapeutischer Beziehung.

Zweitens wurde die Verwerthbarkeit derjenigen Untersuchungsmethoden der Frauenmilch einer Kritik unterzogen, welche klinisch verwerthet werden sollten zum Nachweis einer anormalen zum Säugungsgeschäft untauglichen Milch gesunder Frauen. Da die Annahme einer derartigen Milch mit der klinischen Erfahrung unvereinbar ist, und aus der chemischen Untersuchung hervorgeht, dass die Schwankungen in der Zusammensetzung derselben physiologisch sind, so ist damit das Urtheil über genannte Untersuchungsmethoden gefällt. Drittens wurde die Zwecklosigkeit derartiger Untersuchungen auch bei der kranken Frau hervorgehoben; auch hier liegt kein Grund für die Annahme einer derartigen Milch vor. Im Anschluss daran wurden die Ergebnisse der neuen bakteriologischen Forschung geschildert und schliesslich

viertens eine Beantwortung der Frage versucht, wie man sich diejenigen Fälle zu erklären hat, in welchen man das Nichtgedeihen von Säuglingen mit einer fehlerhaften Zusammensetzung der Frauenmilch zu erklären sich bemühte. Es wurde constatirt, dass, wenn ein Kind nicht gedeiht, es sich immer um Krankheit desselben handelt; dieselbe kann verschiedener Art sein, ihre Ursache findet man im Kinde.

(Autoreferat).

Dr. O. Klemm weist darauf hin, dass man solche positive Schlussfolgerungen, wie die soeben gehörten wohl nur aus feststehenden Thatsachen ziehen dürfe, nicht aber aus Literaturangaben oder gar mündlichen Ueberlieferungen (Czerny), die allseitiger Bestätigung oder bindender Beweise entbehren. Da er, Dr. Klemm, mehrfach dem Verein Resultate seiner Milchanalysen vorgelegt habe, und diese soeben verlesenen Ausführungen seiner Anschauung widersprächen, so erlaube er sich, kurz nur auf einige wichtige Punkte näher einzugehen: wenn man Frauenmilchen auf gleiche Weise durch Essigsäure fällt, und sich bei der einen ein langsam, erst im Laufe von Stunden entstehender mangelhaft kleinflockiger Niederschlag bildet, bei der anderen ein fast momentaner, derber, bei der dritten gar keiner, und wenn man diese stets und zu verschiedenen Zeiten in gleicher Weise gefällt sieht, so dass also jede Gruppe ihre eigene Gerinnungsart zeigt, so kann man berechtigter Weise sagen, dass die einzelnen Milchen einander ungleich sind, dass die Milchen individuell verschieden sind. Interessant ist es, dass auch die Kuhmilch individuell zusammengesetzt ist und zwar unter bedeutenden Schwankungen. So fand Redner bei Untersuchung der Milchen des hiesigen neuen Musterstalles — um nur ein Beispiel anzuführen — dass die Milch einzelner gesunder Kühe durch Lab nicht zum Gerinnen zu bringen war, sie blieb bei wiederholten, in mehrtägigen und mehrwöchentlichen Zwischenräumen angestellten Versuchen der Labwirkung gegenüber refractär. Diese reactive Verschiedenheit tritt also so klar und unzweideutig ein, dass man sie gar nicht übersehen kann und ist durch diese einfachen, makroskopisch sichtbaren und so leicht anzustellenden Proben Jedermann erkennbar. Es ist demnach falsch von einer stets gleichen Zusammensetzung der Milch zu sprechen.

Aber auch aus der klinischen Beobachtung geht das hervor. Dr. Kieseritzky sprach in seinem Vortrag nur vom Erbrechen, also wohl von dem, was man zum Unterschied von der Darmdyspepsie als Magendyspepsie bezeichnet. Wenn man sich nun aber die Stühle bei der Brustnahrung, bezw. Dyspepsie eines sonst gesunden Kindes ansieht, so wird man finden, dass sie von sehr verschiedener Festigkeit sind und zwar werden dem geringsten Caseingehalt entsprechen die dünnsten Ausleerungen, dem hohen Caseingehalt die consistenteren, bis wir schliesslich bei der Kuhmilchnahrung den knolligen dicken Stuhl erhalten. So kann Jemand, der diese Verhältnisse kennt, umgekehrt aus dem Stuhl den Caseingehalt der Milch annähernd taxiren.

Das vom Vortragenden geschilderte Kind mit dem vielmaligen Ammenwechsel und den gemessenen oder taxirten Milchmengen sähe etwas zu sehr theoretisch aus.

(Autoreferat).

Dr. Kieseritzky hebt hervor, dass, was die von ihm gewählte Nomenclatur anbeträfe, er absichtlich nicht von Darmkrankheiten gesprochen habe. Eine Scheidung der Verdauungsstörungen des Säuglings in Krankheiten des Magens und des Darmes sei nicht möglich, da beim Säugling Magen und Darm im Allgemeinen gleichzeitig erkranken. So fasse Martan alle diese Krankheitsformen unter dem Namen Gastro-Enteritis zusammen. In gleicher Weise bezeichne Czerny sie als Magendarmkrankheiten. Redner sei dem Beispiel Czernys gefolgt.

Der Beweis für die Nichtexistenz einer unbrauchbaren ausgebildeten Frauenmilch, welche mit Hilfe einer chemischen Untersuchung oder Bestimmung des spec. Gew. erkannt werden könne, werde von der klinischen Erfahrung geliefert, wie er des Längeren bereits auseinandergesezt habe; andererseits hätten die chemischen Untersuchungen ergeben, dass die Schwankungen in der Zusammensetzung der Frauenmilch physiologisch wären. Solche Schwankungen in der Zusammensetzung hätten sich bei verschiedenen Versuchsanordnungen als physiologisch erwiesen, so z. B. zeigen sie sich während der Entleerung der Brust, ferner bei vergleichender Untersuchung der Secrete beider Brüste derselben Frau, bei Vergleich der zu verschiedenen Tageszeiten gewonnenen Secrete. Grosse Schwankungen seien ferner beim Uebergang des Colostrum in die fertige Milch erwiesen.

Das vom Redner gewählte Beispiel, in welchem in Folge von jedesmaligem Ammenwechsel eine auffallende Aenderung im Allgemeinzustande des magendarmkranken Kindes eintrat — Erscheinungen die auf die jedesmaligen Nahrungsquanten zu beziehen seien —, sei nicht theoretisch erdacht, resp. selten, sondern habe der Säuglingspädiater mit derartigen Fällen in unwesentlichen Variationen tagtäglich zu thun.

Die Resultate derjenigen Autoren, welche den alten Glauben an eine «schlechte Frauenmilch» auch wissenschaftlich begründen zu können glauben, beruhen auf Untersuchungsfehlern zweierlei Art:

1. auf einer fehlerhaften Methodik der Frauenmilchuntersuchungen und
2. auf einer mangelhaften Beachtung des Zustandes des Kindes.

Diese Irrthümer seien auch Monti begegnet, dessen Untersuchungen noch die weiteste Verbreitung gefunden hätten. Montis Belege stützten sich, wie Thiemich hervorhebt, einerseits auf fehlerhaft entnommene Milchproben, indem er nach dem Stillact entnommene Proben untersuchte und andererseits auf mangelhafte casuistische Beiträge, da Monti z. B. nicht einmal Angaben über das Milchquantum mache, welches das zu- oder abnehmende Kind zu sich genommen hat und welches natürlich einen wesentlichen Einfluss auf die Gewichtsverhältnisse des Kindes ausübt.

Die Angaben, dass das Alter und die Rasse der Frau einen Einfluss auf die Zusammensetzung der Frauenmilch ausübt, seien späterhin widerlegt worden, wofür Belege aus der Literatur angeführt werden.

(Autoreferat).

Dr. O. Klemm: Wenn Dr. Kieseritzky von Untersuchungsfehlern der Milch spricht und damit die vernachlässigten physiologischen Schwankungen betont, so kann ich auf Grund der sehr eingehend hier vor der Gesellschaft vor einem Jahr und das zweite Mal vor einigen Wochen von mir besprochenen Methodik und der mit derselben erzielten Resultate constatiren, dass wir uns in diesem Punkt wenigstens in erfreulicher Uebereinstimmung befinden. Es kommt ungemein darauf an, wie man die Milch gewinnt, namentlich wenn man den Fettgehalt bestimmen will; aber auch für die übrigen Bestimmungen ist es nicht gleichgiltig. Dann möchte ich noch Monti vor diesem Angriff schützen, indem ich erwähne, dass von ihm dieselbe Vorsicht empfohlen wird. Herrn Dr. Kieseritzky aber lege ich dringend ans Herz, die Untersuchungen von Frauenmilch einmal selbst zu probiren.

(Autoreferat).

d. Z. Secretär: Dr. A. Bertels.

Der VII. Congress der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft in Breslau vom 15./28.—17./30. Mai 1901.

V. Sitzung.

Programmfrage: «Die Lichtbehandlung».

Die ausführliche Bearbeitung der Frage lag in der Arbeit Schiff's gedruckt vor, allerdings vorherrschend sich auf die Röntgen-Behandlung beziehend, die Sch. seit einigen Jahren in seinem Institut für Radiotherapie studirt hat. Nach Jutassy unterscheidet Sch. 4 Stadien der X-Strahlenwirkung (Stadium accumulationis, St. hyperaemicum, St. inflammatorium und St. regenerationis).

Auf Grund von 98 Beobachtungen behaupten Schiff und Freund, dass die Radiotherapie bei Hypertrichosis sehr gute Erfolge erzielt. Vor dem Ausfallen der Haare werden sie farblos, während die Haut eine bräunliche Färbung annimmt, die noch während des Ausfallens zunimmt, um darnach rasch zu schwinden. Man muss jedoch die Behandlung mehrfach wiederholen bis kein Nachwuchs mehr auftritt.

Auch bei Favus, Sycosis, Herpes tonsurans, Furunculosis, Acne, Lupus vulgaris und Lupus erythematodes hat Sch. Erfolge erzielt. Die Schwankungen der Erfolge bei verschiedenen Autoren erklärt Sch. dadurch, dass Röhren verschiedener Härte verwandt wurden, man darf jedoch nur mit regulirbaren Röhren arbeiten (am Besten sind die von Gundlach, Müller oder Ernecke), da die Härte derselben sich während der Sitzung ändert. Wichtig ist auch die Entfernung der Röhre vom Object. Bei Lupus vulgaris treten im hyperämischen Stadium Knötchen hervor, die vordem nicht sichtbar gewesen, die schlaffen Ulcerationen fangen an lebhaft zu granuliren und zu verheilen. Der Vorzug der Radiotherapie vor der Finsen'schen Phototherapie besteht darin, dass sie billiger ist und schneller wirkt, da man gleichzeitig grössere Partien beleuchten kann.

Discussion:

Lion bestätigt die Erfolge bezüglich der Epilation, namentlich bei Favus, mit den jetzigen Apparaten; früher hat man auf der Breslauer Klinik allerdings böse Ulcerationen erhalten, die sich durch Mangel jeglicher Neigung zur Heilung charakterisirten (Röntgen-Geschwüre). Bei Lupus sind die Erfolge weniger gut.

Kienböck schliesst sich auf Grund von 80 Beobachtungen dem Vorredner an, für Lupus vulgaris bevorzugt er

Finsen's Methode. K. vermeidet harte Röhren zu benutzen, da sie wenig X-Strahlen geben und arbeitet mit weichen Röhren, natürlich regulirbaren, und macht nach jeder Sitzung von 10 Minuten eine Pause von 2—4 Wochen.

Hahn hat nach Benutzung der X-Strahlen zuweilen Veränderungen der Nägel auftreten sehen, sowie auch Conjunctivitis. H. spricht sich strickt gegen zu energische Behandlung der Haut aus und macht kurze Sitzungen von 5--10 Minuten 7—8 Tage nach einander mit nachfolgender Pause von einigen Wochen. Bei Schleimhaut-Lupus zieht er den Holländer'schen Heisseluft-Apparat vor.

Müller dagegen wendet die X-Strahlen gerade nur beim Lupus der Schleimhaut an, während er für die Haut den Finsen's Apparat vorzieht. Eine Contraindication für Radiotherapie bilden alle acuten Hautleiden.

Freund weist darauf hin, dass sich auch der Inductionsstrom local verwenden lässt, von allgemeiner Verwendung hat er nie Erfolge gesehen.

2) Strebel: Neue Apparate für Phototherapie. Er hat sich einen Apparat construirt, der, wenn er sich als praktisch verwendbar erweist, einen entschiedenen Fortschritt bedeuten wird, doch macht er noch zu viel Lärm und ist auch noch nicht an Patienten versucht worden. Die Idee besteht darin, dass Str. starke Inductionsfunken, die wenig Wärme und viel ultraviolette Strahlen enthalten, durch einen länglichen Kasten gehen lässt und hier durch Linsen die chemischen Strahlen zur Verwendung so zu sagen abfängt und concentrirt.

3) Freund hat neue erfolgreiche Versuche gemacht, die Durchgängigkeit der Haut für ultraviolette Strahlen zu beweisen. Sowohl die Dicke der Haut wie auch die Dauer der Beleuchtung beeinflussen die Quantität der durchgehenden Strahlen.

4) Pillecke (Berlin) hat auf der Lassar'schen Klinik an 18 Patienten (Eczem, Psoriasis, Prurigo, Lichen ruber, Alopecie, Lupus, Acne) Beobachtungen über die Wirkung der d'Arsonval'schen Methode der Behandlung mit Strömen hoher Spannung gemacht und keinerlei Erfolge erzielt.

5) Prof. Petersen: Die Resultate der Behandlung nach Finsen im Lichtbehandlungs-Cabinet im Kaiserlichen Institut für Experimental-Medicin in St. Petersburg. Gemeinsam mit Dr. Lang arbeitet Verf. bereits 1½ Jahre mit der Finsen'schen Methode und sind die Erfolge bezüglich Lupus vulgaris sehr gute, nur dauert die Behandlung sehr lange und ist theuer, so dass sie sich nicht für private Institute, die commercielle Zwecke verfolgen, eignet. Da die meisten Lupuskranken zu den unbemittelten Classen gehören, plaidirt P. dafür, dass bei den Licht-Instituten, die von der Regierung zu unterhalten, Asyle für Lupöse gegründet werden, wo dieselben für die Dauer der Behandlung verpflegt werden könnten.

Bei Lupus erythematodes sind die Erfolge wechselnd und nicht mit Bestimmtheit vorherzusagen, weshalb P. sie nicht gern in Behandlung nimmt.

Sehr guten Erfolg gab ein Fall von Pendeh-Geschwür (Ulcus tropicum) der Nase.

Auch bei beginnendem Epitheliom des Gesichtes (Ulcus rodens) sind gute Erfolge zu verzeichnen, wenn die allgemeine Ernährung nicht zu sehr herabgesunken und wenn nicht zu starke senile Degenerationen vorliegen.

Für die vordersten Partien der Schleimhäute haben P. und Lang besondere Compressore construirt, die allgemeinen Anklang gefunden.

6) Serapin (St. Petersburg) theilte die Resultate mit, die Dr. Glebowski bei der mikroskopischen Untersuchung von Lupushaut während und nach Beendigung der Behandlung gefunden hat. Das Gewebe quillt, die Granulationszellen und Riesenzellen werden undeutlich, schwinden und die Gefässe obliteriren.

Grouven (Bonn) theilte den gleichen Befund für Lupus nach Behandlung mit Röntgen-Strahlen mit.

VI. Sitzung.

Demonstrationen mikroskopischer Präparate mit dem Projector.

1) Plato (Breslau): Ueber die Fettsecretion der Haut. P. hat eine Reihe Gänse mit Sesamöl gefüttert und dasselbe unverändert in den Bürzeldrüsen wiedergefunden, woraus er schliesst, dass bei der Analogie dieser Drüsen mit den menschlichen Hautdrüsen wohl auch anzunehmen sei, dass auch letztere mit der Nahrung aufgenommenes Fett ausscheiden können. Die Entstehung des Fettes aus Eiweissstoffen möchte P. nicht anerkennen.

Meissner weist darauf hin, dass die Bürzeldrüsen in ihrem Bau viel höher organisirt sind als die Talgdrüsen und möchte daher sich gegen die Analogie aussprechen.

2) Ledermann: Ueber die Fettsecretion der Schweissdrüsen. Auf Grund seiner mikroskopischen Untersuchungen der viele Schweissdrüsen enthaltenden Pfotenballen von Katzen, denen er Pilocarpin injicirt hatte, bestätigt L. die Ansicht von Meissner sen. und Unna, dass die Schweissdrüsen auch Fett absondern.

3) Rona: Rhinosclerom mit Drüsenaffectionen, aus welchen er Reinculturen der specifischen Bacillen erhalten.

4) Herxheimer: Ueber Chlor-Acne. In einem Falle von andauerndem Gebrauch von Chloralhydrat traten dieselben auf, sowie in einer Reihe von Fällen, wo die Pat. mit Chlor gebleichte Kragen getragen, beobachtete H. Folliculitiden am Halse, die er auch als Chlor-Acne ansehen möchte.

Bettmann hat 21 Fälle bei Arbeitern gesehen, die sich mit der Reinigung von Salzsäure beschäftigten.

5) Rusch (Insbruck): Ein Fall von Pyrogallol-Vergiftung bei einer Gravida. Der Harn schwärzlich, aber ohne Eiweiss, Herzschwäche. Genesung nach Einleitung der Frühgeburt.

6) Zum Schluss lag noch ein Vorschlag vor von Blaschko, Neisser und Hammer, sich an die Reichsregierung von Seiten der Deutschen dermatol. Gesellschaft mit der Bitte zu wenden, bei der Umarbeitung des Krankencassen-Gesetzes diejenigen Punkte zu streichen, welche die an venerischen Krankheiten Erkrankten von der Unterstützung durch die Casse während der Behandlung ausschliessen. — Es wird eine Commission aus den Herren Blaschko, Pick und Hawasch gewählt, die eine gleichlautende Petition für die Regierungen Deutschlands, Oesterreichs und Ungarns ausarbeiten sollten.

Der Congress schloss mit einem enthusiastisch ausgesprochenen Dank an Herrn Prof. Neisser für seine vorzügliche Organisation und ihn und alle Breslauer Collegen, die den Congress zu einem erfolgreichen und in jeder Beziehung anregenden und befriedigenden gestaltet hatten, so dass jeder Theilnehmer ihrer stets mit Vergnügen und Dankbarkeit gedenken wird.

P.

Vermischtes.

— Dem Ehrenleibchirurgen des Allerhöchsten Hofes und berathenden Mitgliede des Militär-Medicinischen Gelehrten Comités, Geheimrath Dr. Nikolai Wiltschkowski, ist die Verdienstschnalle für 50jährigen tadellosen Dienst Allerhöchst verliehen worden.

— Der Professor der chirurgischen Hospitalklinik an der Warschauer Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Alexander Tauber, ist nach Ausdienung der Dienstfrist mit Uniform verabschiedet worden. Wie verlautet, hat Prof. Tauber einen Ruf zur Uebernahme des Lehrstuhls der operativen Chirurgie am hiesigen Weiblichen Medicinischen Institut erhalten, an Stelle des nach Charkow berufenen Prof. Delizyn.

— Zum Dekan der medicinischen Fakultät der Charkower Universität ist der Professor der pathologischen Anatomie Dr. W. Krylow ernannt worden.

— Der Consultant für Augenkrankheiten bei den Anstalten des Ressorts der Kaiserin Maria und stellv. Professor des hiesigen Weiblichen Medicinischen Instituts Dr. Andogski ist zum Oberarzt der Schulen des Kaiserl. Patriotischen Frauenvereins ernannt worden, unter Belassung in den von ihm bisher bekleideten Stellungen.

— Der ausserordentliche Professor der Syphilidologie und Dermatologie an der Charkower Universität, Dr. Selenew, ist zum ordentlichen Professor der genannten Universität ernannt worden.

— Zum Oberarzt des Warschauer Hospitals «Kindlein Jesu» ist der Professor der Chirurgie an dortigen Universität Dr. W. Maximow ernannt worden, mit Belassung in seiner Professoren-Stellung. In dem genannten über 700 Betten enthaltenden Hospital befinden sich die Hospitalskliniken der Warschauer Universität.

— Am 3. September vollenden sich 25 Jahre der ärztlichen Thätigkeit des Professors der Chirurgie an der Militär-Medicinischen Akademie Dr. W. A. Ratimow.

— Am 20. Juli beging der Landschaftsarzt des Charkowschen Gouvernements Nikolai Nemkin sein 25jähriges Arztjubiläum. Aus diesem Anlass hat die Landschaft sein Gehalt um 300 Rbl. erhöht, ebensoviel zu einem Stipendium für seinen Sohn bewilligt und ausserdem beschlossen, ein Freibett in dem örtlichen Krankenhause zu stiften. (Wr.)

— Zum Oberarzt der psychiatrischen Abtheilung des Odessaer Stadthospitals ist der Privatdocent der Kasanschen Universität Dr. Worotynski ernannt worden.

— Dr. Franz Neugebauer, Arzt an der gynäkologischen Abtheilung des Evangelischen Hospitals in Warschau, ist von der Pariser Medicinischen Akademie zum correspondirenden Mitgliede gewählt worden. — Dr. Neugebauer ist ein ehemaliger Jünger der Dorpater Universität, an welcher er von 1875—80 studirte und auch die Doctorwürde erlangte. Nach weiteren Studien im Auslande liess er sich als Arzt in Warschau nieder, wo er auch längere Zeit Ordinator an der geburtshilflichen und gynäkologischen Klinik der dortigen Universität war.

— Ins Weibliche Medicinische Institut sind 257 Personen neu aufgenommen worden. Der Beginn der Vorlesungen ist auf den 17. September festgesetzt, an welchem Tage auch der fünfte Cursus eröffnet werden wird. Als Docenten für die Lehrfächer des neuen Cursus sind angestellt worden: Prof. emer. Dr. N. Iwanowski — für gerichtliche Medicin; der Privatdocent der Militär-Medicinischen Akademie Dr. G. Smirnow — für die therapeutische Hospitalklinik; der Marinearzt Dr. Julius Treuberg (aus Nikolajew) — für die chirurgische Hospitalklinik und der Laborant der Chemie an der Militär-Medicinischen Akademie Dr. P. Malschewski — für Hygiene.

— Verstorben: 1) Im Juni in Moskau der frühere Oberarzt des dortigen Militärhospitals Dr. Elias Saborowski im 68. Lebensjahre. Der Hingeschiedene, welcher ein Schüler der Moskauer Universität war, sich aber später im Auslande bei Virchow, Kölliker, Traube, Oppolzer weiter ausgebildet hatte, gehörte zu den hervorragendsten Militärärzten Russlands. Er leitete beim Moskauer Militärhospital Curse für Militärärzte und war der Erste, welcher in Moskau Vorlesungen über Laryngoskopie (in dem von ihm eingerichteten laryngoskopischen Cabinet) hielt. Die medico-philanthropische Gesellschaft und der Verein der Oto-Rhino-Laryngologen in Moskau wählte ihn zu ihrem Ehrenmitgliede und eine Zeit lang fungirte er auch als Präsident der physiko-medicinischen Gesellschaft, sowie als Vicepräsident der Militärärzte in Moskau. — 2) In Pawlowsk Dr. Alexander Laur im 47. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher in der letzten Zeit ins Lager der Homöopathen übergegangen, hat, wie die Tagesblätter berichten, ein grosses Vermögen hinterlassen. — 3) Am 8. (21.) August einer der bedeutendsten deutschen Physiologen, der frühere Würzburger Professor Dr. Adolph Fick im Alter von 72 Jahren. Mehr als 30 Jahre hat F. den Lehrstuhl der Physiologie in Würzburg inne gehabt, nachdem er vorher längere Zeit als Professor dieses Faches in Zürich gewirkt hatte. Ausser mehreren Lehrbüchern («Medicinische Physik», «Lehrbuch der Physiologie» u. A.) hat F. eine ganze Reihe von Monographien veröffentlicht. — 4) Am 13. (26.) August zu Berlin der Generalstabsarzt der preussischen Armee Prof. Dr. Alwin v. Coler am Leberkrebs nach verhältnissmässig kurzem Krankenlager, denn noch im März d. J. konnte er, wie wir seiner Zeit berichteten, unter glänzenden Ehrungen seinen 70jährigen Geburtstag feiern. Nach Absolvirung seiner Studien auf der Pepinière (der jetzigen Kaiser Wilhelm-Akademie), deren Director er später wurde, hat der Dahingeschiedene 45 Jahre hindurch im Dienste der preussischen Armee gestanden, in der er es vom Unterarzt zum Generalstabsarzt und Chef des Sanitätscorps gebracht hat. Mit Coler ist ein Mann dahingeschieden, der für das preussische Militär-Sanitätswesen geradezu Bahnbrechendes geleistet hat, sowohl durch die Hebung der socialen Stellung der Militärärzte als auch durch die Vertiefung der Ausbildung und Fortbildung derselben. Neben der militärischen Anerkennung für diese seine Verdienste ist ihm aber auch die wissenschaftliche nicht versagt geblieben: Er wurde zum ordentlichen Honorarprofessor für Militärmedicin an der Universität Berlin ernannt, zum Ehrenmitgliede der Berliner medicinischen Gesellschaft gewählt und auf allen wissenschaftlichen Congressen der letzten Jahre wurde ihm ein Ehrenplatz eingeräumt. Unseren Lesern, welche am internationalen medicinischen Congress in Moskau (1897) theilgenommen haben, wird noch erinnerlich sein, wie Professor v. Coler als Vertreter Deutschlands in der Eröffnungssitzung des Congresses durch seine formvollendete und schwungvoll gehaltene Ansprache die Versammlung zu stürmischem Beifall hinriss.

— Aerztliche Curse in Moskau. Am 1. October werden beim Moskauer gynäkologischen Institut für Aerzte Curse über Gynäkologie eröffnet, welche 2 Monate dauern. Die Zahl der Theilnehmer ist begrenzt und werden Landschaftsärzte und überhaupt auswärtige Aerzte bevorzugt werden. Ein zweiter derartiger Cursus wird vom 1. Februar bis 1. April 1902 abgehalten werden.

— Neuerdings sind die Statuten einer Gesellschaft der Odessar Sanatorien (mit dem Verwaltungssitz in Odessa) bestätigt worden. Gründer derselben sind die Aerzte: N. M. Benissowitsch, G. J. Himmelfarb, J. M. Hofmann, K. N. Puritz, D. J. Kranzfeld, W. G. Rosen, N. J. Kalinowski und L. G. Gold. Das Grundkapital beträgt 320,000 Rbl.

— Eine neue medicinische Wochenschrift. Bekanntlich geht der vom verstorbenen Professor Manassein begründete und redigirte «Wratsch» auf ausdrücklichen Wunsch des Verstorbenen mit dem Schluss dieses Jahres ein. An Stelle desselben wird, wie wir dem «Wratsch» entnehmen, (als Fortsetzung) eine neue medicinische Wochenschrift unter dem Titel «Russki Wratsch» von der Buchhändlerfirma Karl Ricker hierselbst vom 1. Januar 1902 an herausgegeben werden. Die Redaction der neuen Wochenschrift hat der Professor der allgemeinen Pathologie Dr. Valerian Podwyssotzki (in Odessa) in Gemeinschaft mit Dr. S. Wladislawlew (St. Petersburg), welcher bekanntlich seit dem Tode Manassein's als Redacteur des «Wratsch» fungirt, übernommen. Der «Russki Wratsch» wird allwöchentlich 3—4 Druckbogen stark im selben Format und mit im Wesentlichen gleichem Programm erscheinen, wie bisher der «Wratsch».

— Die medicinische Staats-Prüfungscommission bei der Moskauer Universität, welche unter dem Vorsitz des Kiewer Anatomen Prof. Tichomirow aus den Professoren Nikiforow, Bulyginski, Scherwinski, Ssinizyn und Neiding besteht, beginnt ihre Thätigkeit am 1. September. Zur Prüfung haben sich 251 Candidaten gemeldet.

— In Reval hat am vorigen Sonntag die Einweihung der estländischen Hebammenanstalt stattgefunden, welche ohne staatliche Beihilfe aus den von der Ritter- und Landschaft bewilligten Summen und einer Beisteuer der Stadt Reval ins Leben gerufen worden ist.

— Das von der Russischen Pharmaceutischen Gesellschaft in Moskau herausgegebene Journal «Farmazewtitscheski Westnik» (Pharmaceutischer Bote), welches sein Erscheinen eingestellt hatte, soll vom September d. J. an unter derselben Redaction wieder erscheinen. Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 4. Aug. d. J. 7733 (81 mehr als in d. Vorw.), darunter 521 Typhus — (46 mehr), 736 Syphilis — (30 mehr), 257 Scharlach — (25 mehr), 144 Diphtherie — (9 mehr), 42 Masern — (10 wen.) und 7 Pockenkranke — (3 wen. als in der Vorw.).

Am 11. Aug. d. J. betrug die Zahl der Kranken 7892 (159 mehr als in der Vorwoche.), darunter 642 Typhus — (121 mehr), 777 Syphilis — (41 mehr), 289 Scharlach — (32 mehr), 132 Diphtherie — (12 wen.), 47 Masern — (5 mehr) und 4 Pockenkranke (3 wen. als in der Vorw.)

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 29. Juli bis zum 4. August 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
422	340	762	200	84	137	13	10	24	78	55	53	36	34	21	16	1

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 1, Typh. abd. 34, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 22, Scharlach 11, Diphtherie 23, Croup 0, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 10, Erysipelas 0, Grippe 3, Cholera asiatica 0, Ruhr 10, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 13, Tuberculose anderer Organe 18, Alkoholismus und Delirium tremens 9, Lebensschwäche und Atrophia infantum 42, Marasmus senilis 28, Krankheiten der Verdauungsorgane 162, Todtgeborene 31.

Für die Woche vom 5. bis zum 11. August 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
374	329	703	169	97	142	18	5	19	55	60	36	33	40	20	5	4

2) nach den Todesursachen:

— Typh. exanth. 1, Typh. abd. 26, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 17, Scharlach 12, Diphtherie 22, Croup 3, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 9, Erysipelas 1, Grippe 2, Cholera asiatica 0, Ruhr 10, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 90, Tuberculose anderer Organe 15, Alkoholismus und Delirium tremens 11, Lebensschwäche und Atrophia infantum 39, Marasmus senilis 24, Krankheiten des Verdauungscanals 195, Todtgeborene 28.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Frau Hasenfuss Мал. Подъяческ. д. 41 кв. 15.

Frau L. A. Bogoslawskaja, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.

Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Schwester Const. Schmidt, Петерб. ст. Матвѣевская ул. д. 9, кв. 20.

Ольга Свѣтлова, Сергіевск.. д. 17, кв. 19.

Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Дозв. ценз. Спб., 15 Августа 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Dr. Johannes Krannhals.
Jurjew (Dorpat). Riga.

Dr. Rudolf Wanach.
St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 35 St. Petersburg, 1. (14.) September 1901

Septisches, maculo-papulöses Erythem, im Anschluss an folliculäre Angina.

Von

Dr. Erwin Thomson.

Unter dem in der Ueberschrift angeführten Titel hielt Prof. Dehio auf dem XI. livländischen Aerztetage in Walk am 20. August 1899 einen Vortrag, der in den Protokollen dieser Gesellschaft, unter Beifügung einer überaus gelungenen Phototypie, wiedergegeben ist. — Da es sich daselbst um eine sicher seltene Beobachtung handelt, so möchte ich mir erlauben, 2 Fälle anzuführen, die mit dem Dehio'schen in vielen Beziehungen überraschend übereinstimmen; leider jedoch nicht so genau beobachtet werden konnten, wie es in jenem Fall geschehen, da die Patienten in weiter Entfernung von meinem Wohnort krank lagen.

In vielen Gegenden Estlands trat im Frühjahr 1901 Influenza und Angina epidemisch auf.

Auf dem Gute T. begann die Epidemie in einem zweistöckigen Hause, in dem die Wohnungen A., B., C., D., E., F. bewohnt waren. In diesem Hause nun fanden vom 23. Mai bis 10. Juni folgende Erkrankungen statt.

Am 23. Mai erkrankt in der Wohnung A. ein Gärtnerbursche, 18 a. n., mit Schüttelfrost, Glieder-, Kopfschmerzen und allgemeinem starkem Krankheitsgefühl. — Er erhält 3 Mal täglich 0,5 Salipyrin 5 Tage lang, bis das Fieber schwindet. Complicationen von Seiten innerer Organe treten nicht auf, doch bleibt eine hochgradige Kachexie zurück, die sich noch am 13. Juni in kleinem arythmischem Pulse dokumentirt. — Schelferung der Haut tritt nicht auf. — Der Rachen war nicht afficirt. — Sein gleichaltriger Zimmergenosse bleibt gesund.

Am 25. Mai erkrankt in der Wohnung B. der Knabe Richard P., 4 a. n., mit Schüttelfrost, Kopfschmerzen, Halsschmerzen. Er erhält 0,12 Salipyrin. Tags darauf die gleiche Dosis 3 Mal; speit aber alles aus. Als einzige Therapie verbleibt der Priessnitz'sche Umschlag um den Hals. — Am 26. Mai entwickelt sich bei ihm eine hochgradige Angina follicularis. Am 27. schwellen die Halslymphdrüsen stark an. Am 28. tritt beiderseitig Eiter aus den Ohren. — Medication: Spülungen mit Borsäure.

Die Angina verläuft normal, die Ohreiterung sistirt bald. Es tritt ein leichter Bronchialcatarrh auf. Patient erhol sich in der hellen, geräumigen Wohnung sichtbar rasch. Schelferung tritt nicht auf. Seine, wenige Monate alte Schwester und seine Eltern bleiben gesund, obwohl Isolirung des Patienten nicht stattfand.

Gleichfalls am 25. Mai erkrankte in der Wohnung C. die 3 a. n. Marri G. mit Kopfschmerzen, Halsschmerzen, Gliederschmerzen. Sie erhält Salipyrin 0,12 3 Mal täglich. Am 27. Mai Morgens Temperatur 39,0. Erbrechen. Die Mandeln sind hochgradig geröthet, mit weissen Pfröpfen besetzt. — 28. Mai. Status praesens 11 Uhr Vormittags: Gracil gebautes Mädchen von 3 Jahren, liegt mit leicht zurückgebogenem Kopf und geschlossenen Augenlidern in Seitenlage. Die Athmung ist oberflächlich und stark beschleunigt. Das Gesicht fieberhaft geröthet. Der Hals ist von einer Compresse bedeckt. Die im Ganzen etwas blassen Hautdecken sind, besonders auf Händen und Füssen, etwas weniger auf Unterschenkel, Oberschenkel, Nates und Unterarmen, bedeckt mit einem hochrothen, etwas lividen, wenig erhabenen Erythem, das auf beiden Knien, Fussrücken und Handrücken confluirt und flächenhafte Ausdehnung gewinnt. Während der Rücken und der Unterleib nur gering in Mitleidenschaft gezogen sind, erscheinen die Brust und das Gesicht völlig frei vom Erythem. Der Hals zeigt bei Abnahme der Compresse eine einfarbige dunkelrothbläuliche Verfärbung in der ganzen Ausdehnung, in der er bedeckt gewesen ist. Der Rachen bietet das Bild der Angina follicularis. — Die übrigen Organe scheinbar normal. Puls 140. Temperatur 39,0. — Jegliche Nahrungsaufnahme wird verweigert; selbst Limonade und Wasser. — Medic.: Einstäubung von Natr. sozojodolic. in den Rachen.

In den nächsten Tagen soll das Erythem an Ausdehnung und Intensität der Farbe zugenommen haben. Die Morgen- und Abendtemperatur schwankt ständig zwischen 39,0 und 40,0. Das Erbrechen hat aufgehört, aber Nahrungsaufnahme wird völlig verweigert. Das Sensorium ist niemals völlig getrübt. — Als ich nach 7 Tagen, am 5. Juni das Kind wiedersah, bot sich mir folgendes Bild: Pat. stösst bei jeder leisen Berührung wimmernde Laute aus, ohne die Augen zu öffnen. Das Erythem hat abgenommen und ist merklich abgeblasst, jedoch noch immer deutlich ausgesprochen. Die Rachenorgane entzündlich geröthet; von Seiten anderer Organe nichts Abnormes. Die Halslymphdrüsen äusserlich stark geschwollen. Puls kaum fühlbar 150—160. Temperatur 39,2. Pat. scheinbar in extremis. Medication: Bäder von 27°. Innerlich

Cognac und Milch. — Letzteres wird gewaltsam zugeführt, aber nicht erbrochen.

Am 13. Juni, dem 20. Krankheitstage, Status: Temperatur 37,3. Pat. liegt apathisch in Seitenlage. Die Zunge ist stark belegt, die Rachenorgane sind wenig geröthet. Die Halslymphdrüsen bedeutend abgeschwollen. Die im Ganzen etwas gerötheten Hautdecken machen einen gesprenkelten Eindruck; besonders die der Oberschenkel. Die Haut des Bauches und der Unterextremitäten zeigt sehr starke Hyperästhesie und werden schon bei leisester Berührung starke Muskelreflexe ausgelöst. Leiser Druck auf die Muskulatur der Extremitäten ruft deutlich Schmerz hervor. — Auf beiden Knien in handflächenbreiter Ausdehnung zeigt sich deutliche kleinschuppige Schelferung; sonst nirgends am ganzen Körper (doch ist Patientin mehrmals gebadet worden). Auf Befragung giebt Patientin Antwort, nimmt auf Ueberredung Nahrung zu sich. Sie hat seit 3 Tagen keine erhöhte Temperatur gehabt.

In derselben Wohnung erkrankt am 4. Juni die 1jährige Schwester der Marri G. unter Erbrechen und Fieber. Die Pflegerin giebt dem Kinde Ol. ricini und darauf Cognac. Das Kind ist am anderen Tage gesund. In der Folge treten noch 2 Mal Temperatursteigerungen beim Kinde auf, doch nur vorübergehend. Der 7jährige schwächliche Bruder der Patientin und die Eltern bleiben gesund.

Dagegen erkrankte schon am 27. Mai der Spielgefährte der Marri G. und des Richard P. Willi St., 7 a. n., im Nachbarhause. Er wird in ein helles geräumiges Zimmer (D.) des oben erwähnten Hauses übergeführt: klagt über Schüttelfrost, Kopfschmerzen, Halsschmerzen. Es ist ein kräftiger gut genährter Knabe. — Er bekommt am 27. Abends 0,12 Salipyrin; am Morgen des anderen Tages die gleiche Dosis.

Schon am 28. stellt sich eine schwere acute Angina ein, mit Schwellung der submandibulären Lymphdrüsen und am selben Tage tritt ein Erythem auf, wie ich es bei der Marri G. geschildert habe, nur mit dem Unterschied, dass die Färbung noch mehr ins Bläuliche hinüberspielte und Brust und Bauch mit kleinen blassrosa Punkten bedeckt sind. Sensorium frei. Puls 110, regelmässig. Patient erbricht alles Genossene. Medication: Natr. sozojodol. in den Rachen zu stäuben.

Am 29. Juni, 2. Krankheitstag. Das Erythem nimmt an Intensität der Färbung und an Ausdehnung, von unten nach oben fortschreitend, zu. Starke Kopfschmerzen. Relativ geringe Schluckbeschwerden. Erbrechen. — Am 30. Juni Temperatur Morgens 10 Uhr 40,5. Sensorium frei. — Patient behält nichts bei sich. Halslymphdrüsen hochgradig geschwollen. Um 1/24 Uhr Nachmittags zeigt die Muskulatur des Halses eine eigenartige Steifigkeit, so dass ihm das Oeffnen des Mundes kaum möglich ist; bald darauf tritt Trübung des Sensoriums ein und um 4 Uhr erfolgt der Exitus letalis.

Die Autopsie war nicht ausführbar.

Am 28. Mai erkrankt in der Wohnung E. eine Gartenmagd, 19 a. n., unter Schüttelfrost, Kopf- und Gliederschmerzen. An den Rachenorganen nichts Abnormes. Sie erhält 3 Tage lang 3 Mal täglich 0,5 Salipyrin und nimmt nach 8 Tagen die gewohnte Arbeit wieder auf.

Zwischen dem 7. und 10. Juni erkranken in der Wohnung F. die Kinder des Kutschers, ein Zwillingspaar von 11 a. n. und ein Knabe von 6 a. n. (Die Temperatur ist nicht gemessen.) Die Pflegerin giebt Ol. ricini, später Cognac. — Es treten bei allen 3 Kindern weiter keine Symptome auf.

Anführen möchte ich noch, dass in derselben Woche im nahe gelegenen Dorfe eine Influenza- und Anginaepidemie auftrat. Von begleitenden Exanthemen konnte ich nichts erfahren. — Unter den entfernt vom Gute Erkrankten befand sich auch die Schwester des verstorbenen Willi St., die mit ihrem Bruder vorher nicht zusammen gewesen war. Sie erkrankt an hochgradiger Angina follicularis, doch nimmt die Krankheit einen normalen völlig uncomplicirten Verlauf[1]).

Fassen wir noch einmal das oben Geschilderte kurz zusammen. — Es handelt sich also in einem Hause, das in 6 Wohnungen von 19 Personen bewohnt ist, um 9 Erkrankungen, die mehr oder weniger ähnlichen Beginn aufweisen, in der Folge aber in Bezug auf die Schwere der Erkrankung und den Verlauf die grössten Verschiedenheiten bieten.

Von Fällen, wo die Erkrankung auf Kopfschmerzen und Erbrechen beschränkt bleibt, zu solchen mit 24 bis 48stündigem Fieber, gesellen sich typische Influenza-Erkrankungen mit mehr oder weniger schwerem Verlauf resp. langsam eintretender Reconvalescenz. — Bei drei Kindern bildet eine Angina den Mittelpunkt der Erkrankung; in einem Falle tritt zur Angina beiderseitige Otitis; in zwei Fällen aber tritt ein Erythem auf, das mit dem von Prof. Dehio an oben angeführter Stelle geschilderten viele übereinstimmende Momente aufweist und mit den Exanthemen der acuten Infectionskrankheiten nicht verwechselt werden kann.

Der Rachenbefund, Form und Farbe des Erythems, Localisation desselben, der schwere Allgemeinzustand der Patienten, das Fehlen von Erkrankung sonst lebenswichtiger Organe, das alles sind Punkte, die der Dehiosche und die hier geschilderten Fälle in überraschendem Masse gemein haben. — Die Schelferung und das Hautjucken sind allerdings bei meinen Patienten nicht so aufgetreten wie D. das schildert, doch trat in einem Fall der Exitus letalis bereits am 4. Krankheitstage ein, während im 2. Falle frühzeitig Bäder zur Anwendung kamen, die eine stärkere als die beobachtete Schelferung zu verdecken im Stande waren. Dagegen zeigte sich in auffallender Weise die von D. beobachtete grosse Empfindlichkeit der Muskulatur in der Reconvalescenzperiode.

Dehio hält das von ihm beschriebene Erythem für ein von den erkrankten Tonsillen ausgehendes, secundäres, septisches. — Die von mir beobachteten Fälle erscheinen als Beweis dieser Ansicht. In einem Hause tritt eine Influenzaepidemie auf, bei der in 3 Fällen zu Beginn der Erkrankung eine Angina im Vordergrund der Symptome steht. — Während alle übrigen Fälle mehr oder weniger gutartig verlaufen, gesellt sich in 2 Fällen eine offenbar septische Infection hinzu, die ein schweres typisches Krankheitsbild hervorruft. Typisch meine ich, durch Auftreten eines Erythems, das in Form, Färbung, Localisation («auf den vom Centrum entfernten Körpertheilen; bilateral symmetrisch». Dehio) und Krankheitsverlauf nur dieser speciellen Form secundär septischer Infection eigen zu sein scheint und insofern eine Erkrankung sui generis bildet.

Juni 1901.

[1]) Der Curiosität halber erwähne ich, dass man ihr einen gesalzenen Häring um den Hals und Sauerteig um die Waden gethan hatte.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Die Entmündigung Geistesgestörter von Dr. H. Kornfeld. Stuttgart 1901. F. Enke).

Enthält zunächst einen rein juridischen Theil mit Angaben der betr. Paragraphen des Bürgerl. Gesetzbuch's des Deutschen Reichs und der Civilprocessordnung desselben. Der zweite Theil bespricht die Entmündigung im Allgemeinen und giebt den Ideen des Verf. über die Grundlagen geistiger Störung in — sagen wir — origineller Weise Ausdruck. Der wahre Träger des Geistes ist das Blut, als fester Stoff kann das Gehirn nicht Geistesfuntionen versehen, — sapienti sat! Die Schrift des Verf. mag in Deutschland vielleicht practische Bedeutung haben, allgemeines Interesse verdient sie nicht, ihre einzigen Vorzüge sind guter Druck und schönes Papier, die verdankt sie aber jedenfalls nicht ihrem geistigen Urheber.

Voss.

Hoffmann: Die moderne Therapie der Cystitis. (Deuticke).

Die kleine Schrift enthält eine Zusammenstellung der bei der acuten und chronischen Cystitis üblichen therapeutischen Maassnahmen. — Neues bringt Verf. nicht. Was die Technik der Blasenspülungen anlangt, ist die Verwerfung des Janet'schen und ihm ähnlicher Verfahren durchaus zu billigen. Etwas zu kurz abgekommen ist die Mineralwasser- und Bäderbehandlung, die doch in manchen Fällen sehr gute Dienste leistet. Ein ausführliches Literaturverzeichniss seit 1890 ist dem Werke anhangsweise beigegeben.

Wichert.

A. Politzer. Lehrbuch der Ohrenheilkunde. Vierte gänzlich umgearbeitete Auflage. Enke. Stuttgart. 1901. 7108.

Ein Werk, welches bereits in der 4. Auflage erscheint und aus der Feder eines Altmeisters der Otologie stammt, spricht schon für sich selbst. Politzer's Lehrbuch nimmt unter

den medicinischen Lehrbüchern einen hervorragenden Platz ein und ist allgemein so bekannt, dass jede weitere Empfehlung überflüssig erscheint. Da es sich den Anforderungen der Zeit immer wieder von Neuem anzupassen weiss, so wird demselben ein dauernder Erfolg gesichert. Im Vergleich zur dritten Auflage ist fast jeder Abschnitt umgearbeitet und ergänzt worden. In Folge dessen ist die Seitenzahl von 619 auf 710 gestiegen. Die Zahl der Abbildungen, welche stets das Verständniss beim Lesen unterstützen, ist ebenfalls von 331 auf 346 gestiegen. Besonders gründlich ist das Kapitel über die operative Freilegung der Mittelohrräume umgearbeitet und der Gang der Operation durch viele Abbildungen illustrirt. Ferner sind bei den Erkrankungen des Labyrinthes die neueren Forschungen berücksichtigt worden. Die Beziehungen der Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes zu den Erkrankungen des Gehörorgans sind ebenfalls in nöthiger Weise gewürdigt. Auf die therapeutischen Methoden ist ein ganz besonderes Augenmerk gerichtet. Die Ausstattung des Werkes ist eine ganz gute.

Dr. St. von Stein (Moskau).

Kratschmer und Senft: Mikroskopische und mikrochemische Untersuchung der Harnsedimente. (Safar).

In Anordnung und Behandlungsweise des Stoffes sehr ähnlich dem bekannten Rieder'schen Werke. Die Tafeln sind sehr sauber und naturgetreu ausgeführt, der beigegebene erläuternde Text befleissigt sich einer lobenswerthen Kürze.

Wichert.

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1299. Sitzung am 12. Februar 1901.

1. Petersen spricht über das «Pendeh-Geschwür» (der Vortrag ist zum Druck bestimmt), und stellt eine Patientin mit einem solchen Geschwür an der Nase vor. Die Dame hat sich in Ashabad inficirt und ist seit dem Mai in Behandlung des Vortr. Am Geschwür ist die Wirkung der Lichtbehandlung (nach Finsen) zu constatiren. Wladimirow hat durch Abschaben der Oberfläche dieses Ulcus Material zur bakteriologischen Untersuchung gewonnen und in diesem eigenthümliche Kokken erhalten, die sich nach Gram färben lassen, aber weder Strepto- noch Staphylokokken sind. Wl. demonstrirt die Kokken in Cultur und im mikroskop. Präparat, doch hält er es nicht für wahrscheinlich, dass sie die Erreger der Krankheit sind; sie können aber auf der Geschwürsfläche als Eitererreger wirken. Die Affection gehört zu den infectiösen Granulationsgeschwülsten und solche dürften kaum durch so einfache Mikroorganismen erzeugt werden; auch müsste die Contagiosität eine stärkere sein, wenn sie durch Kokken vermittelt würde. Die von Heidenreich und von Raptschewski beschriebenen Bakterien hat Wl. in diesem Falle nicht gefunden.

Discussion:

Ucke weist darauf hin, dass z. B. das Rhinosclerom, welches gleichfalls durch Proliferation des Gewebes charakterisirt ist, doch auch durch einen relativ einfachen und leicht zu züchtenden Bacillus hervorgerufen wird.

Petersen fügt hinzu, dass das Rhinosklerom, ähnlich wie das Pendeh-Geschwür, an bestimmte Gegenden gebunden ist, wobei jedoch nicht wie bei diesem klimatische, sondern andere locale Einflüsse massgebend zu sein scheinen.

Westphalen hat Gelegenheit gehabt Pendeh-Geschwüre histologisch zu untersuchen; dabei ist ihm eine gewisse Aehnlichkeit mit dem durch Aktinomyces erzeugten Granulationsgewebe aufgefallen.

Petersen weist auf die Beziehungen der Granulationsgeschwülste zu manchen Sarkomformen hin, so besonders zum sogen. Sarkoma cutis idiopath., welches vielleicht auch infectiöser Natur sein dürfte. In Bezug auf die Differentialdiagnose des Pendeh-Geschwürs gegenüber dem Lupus, an den in diesem Falle gedacht werden könnte, hebt P. die scharfe Begrenzung des Ulcus, ohne Knötchen am Rande, die Weichheit des Gewebes und das stete Vorhandensein von Pusteln in diesem (eitrige Folliculitis!) hervor.

Tiling erwähnt der in Heidenreich's Atlas gegebenen typischen Bilder des Pendeh-Geschwürs, die eine Verwechslung mit Lupus ganz ausschliessen.

2. Lunin demonstrirt folgende Präparate (aus dem Elisabeth-Kinderhospital):

a) Magen eines 1/2jährigen Kindes, welches mit der Diagnose: Colitis aufgenommen wurde und bald danach unter Fieber und Collaps verstarb. Die Section ergab eine phlegmonöse Gastritis; die Aetiologie ist unbekannt; Vergiftung soll nicht vorgelegen haben.

b) Oesophagus eines 6jähr. Kindes; am 21. Sept. wurde das Kind mit der Diagnose: Catarrhus intestinalis aufgenommen; bald entwickelte sich eine ulceröse Stomatitis mit Fieber; Kräfteverfall; Tod im Collaps am 16. October. — Die Section ergab Gangrän des Oesophagus in dessen mittlerem Drittel; die Gangrän reicht durch die ganze Dicke der Speiseröhrenwand fast bis auf die Trachea; hier ist nur eine ganz dünne Schicht der Wandung erhalten (keine Perforation). Ein Divertikel bestand nicht; die Aetiologie auch dieses Falles ist ganz dunkel.

c) Larynx, Trachea und Thymus eines 1/2jähr. Kindes. Das Kind wurde mit Laryngostenose aufgenommen, ein Fremdkörper in den Luftwegen vermuthet. Tracheotomie; danach Emphysem um die Wunde und wieder schlechte Athmung. Plötzlicher Tod. Die Section ergab: Emphysem in der Umgebung der Wunde und im Mediastinum. Der Fremdkörper, ein spitzes Knochenstück, sass über der Tracheotomiewunde, unter den Stimmbändern. Ausserdem: grosse, entzündlich geschwellte Thymus. Vortr. ist geneigt die Todesursache in der Schwellung der Thymus zu suchen.

Plötzliche Todesfälle bei Kindern mit «lymphatisch-chlorotischem» Habitus (Paltauf, Escherich) werden von manchen Autoren auf Vergrösserung der Thymus bezogen; in solchen Fällen soll Reizung des Nervensystems (Krämpfe) und Neigung zu Synkope bestehen. Der seinerzeit viel besprochene Fall Langerhans (Berlin) — plötzlicher Tod nach Seruminjection — dürfte in diese Kategorie gehören; ebenso der von Koch und De-la-Croix am 14. Dec. 1892 in diesem Verein mitgetheilte Fall. (St. Ptbg. med. Wochenschr. 1893 pg. 167).

Discussion:

Ucke: Recklinghausen legt grosses Gewicht auf eine etwa vorhandene grosse Thymus in Fällen plötzlichen Todes (auch bei Erwachsenen!); es ist möglich, dass auch in einem Theil der plötzlichen Todesfälle in Chloroformnarkose die vergrösserte Thymus eine Rolle spielt.

Kernig: im vorliegenden Fall ist die Thymus allerdings so stark vergrössert, dass an eine Einklemmung derselben zwischen Sternum und Trachea gedacht werden kann (wie in dem Falle von Koch und De-la-Croix).

3. Ucke demonstrirt Präparate und Culturen des Koch-Weeks'schen Bacillus, den er in einem Falle von katarrhalischer Conjunctivitis erhalten hat.

Director: W. Kernig.
Secretär: E. Blessig.

Vermischtes.

— Die Verdienstschnalle für 40jährigen tadellosen Dienst ist Allerhöchst verliehen worden: den Geheimräthen — Dr. Alexei Bjeljajew, beständiges Mitglied des Militär-medicinischen Gelehrten Comités; Dr. Th. Dubinski, Militär-Medicinalinspector des Odessaer Militärbezirks und Dr. A. Sarshezki, Corpsarzt des 17. Armeecorps.

— Der ausserordentliche Professor der pathologischen Anatomie an der Warschauer Universität Dr. E. P. Przewoski ist in der Würde eines Professor emeritus bestätigt worden.

— Auf den durch Verabschiedung Prof. Tauber's vacant gewordenen Lehrstuhl der chirurgischen Hospitalklinik an der Warschauer Universität ist der ordentliche Professor Dr. W. Maximow, welcher bisher den Lehrstuhl der operativen Chirurgie inne hatte, übergeführt worden.

— Der ordentliche Professor der pathologischen Anatomie an der Militär-Medicinischen Akademie, Dr. Winogradow ist nach Ausdienung der Dienstfrist mit Uniform verabschiedet worden unter gleichzeitiger Beförderung zum Geheimrath.

— Zum Generalstabsarzt der preussischen Armee ist an Stelle des verstorbenen Prof. Dr. v. Coler der Generalarzt Dr. Leuthold ernannt worden, unter Belassung in seiner bisherigen Stellung als Leibarzt des deutschen Kaisers und unter Verleihung des Ranges eines Generallieutenants.

— Am 3. September begeht der Professor der Chirurgie an der Militär-Medicinischen Akademie, Dr. W. A. Ratimow, das 25jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit.

— Der langjährige Professor der Arzneimittellehre an der Züricher Universität, Dr. Friedrich Goll, welcher im Alter von 72 Jahren steht, ist in den Ruhestand getreten. Zu seinem Nachfolger ist der Privatdocent Dr. Max Cloetta gewählt worden.

— An Stelle des Professors W. Manz, welcher wegen vorgerückten Alters seine Lehrthätigkeit an der Universität Freiburg aufgegeben hat, ist Prof. Dr. Axenfeld aus Rostock zum Director der Augenklinik in Freiburg ernannt worden. An seiner

Stelle ist der Berliner Privatdocent Prof. Dr. Greef zum ordentlichen Professor der Augenheilkunde nach Rostock berufen worden.

— Dem Custos des Berliner pathologischen Instituts Dr. Jürgens, langjährigen Assistenten Prof. Virchow's, ist der Professortitel verliehen worden.

— Die Moskauer medicinischen Gesellschaften werden, wie die dortigen Tagesblätter berichten, am 30. September anlässlich des 80. Geburtstages Prof. Virchow's eine gemeinschaftliche Festsitzung abhalten und zur Feier in Berlin einen Deputirten entsenden. Ausserdem soll ein Capital zur Stiftung eines Virchow Stipendiums bei der Moskauer Universität aufgebracht werden.

— Die Pariser anthropologische Gesellschaft hat eine goldene Denkmünze prägen lassen, welche die Prof. Virchow an seinem 80. Geburtstage überreichen wird.

— Der bekannte Augenarzt und Professor der Pariser medicinischen Facultät Dr. Pannas hat Krankheitshalber seinen Abschied genommen, sein Nachfolger ist Prof. Lapersonne von der Universität Lille geworden.

— Verstorben: 1) Am 26. August zu Weissenstein der dortige Kreisarzt Dr. Eduard Maurach im 68. Lebensjahre am Herzschlage. Als Sohn eines Predigers in Livland geboren, bezog der nunmehr Hingeschiedene im Jahre 1851 die Universität Dorpat, an welcher er bis 1856 Medicin studirte. Nach Erlangung der Doctorwürde setzte er seine Studien in Prag und Berlin fort und begann dann seine praktische Thätigkeit als Arzt am Stadthospital in Pleskau. Doch schon nach wenigen Jahren gab er diese Stellung auf und beschäftigte sich mit der Landwirthschaft in Livland, bis er im Jahre 1869 sich als praktischer Arzt in Weissenstein bleibend niederliess, wo er zugleich von 1875—1885 als Stadtarzt und von 1885 bis zu seinem Lebensende als Jervenscher Kreisarzt fungirte. — 2) Am 19. August in Nachitschewan der frühere Privatdocent der Moskauer Universität Dr. Sergius Schaginianz im Alter von 42 Jahren. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung in Moskau erhalten, wo er im Jahre 1885 den Cursus absolvirte und dann zur weiteren Vervollkommnung an der gynäkologischen Klinik des Prof. Ssnegirew verblieb. Nach Erlangung der Doctorwürde im Jahre 1894 habilitirte er sich als Privatdocent für Frauenkrankheiten an der Moskauer Universität, widmete sich aber bald darauf ganz der Privatpraxis. — 3) In St. Petersburg der Militärarzt Michael Stojerossow im 40. Lebensjahre. Die ärztliche Praxis hat er seit 1888 ausgeübt. — 4) In Giessen der Professor extraord. der Ohrenheilkunde Dr. Herrmann Steinbrügge im Alter von 70 Jahren. Anfangs viele Jahre praktischer Arzt, widmete er sich 1877 unter Prof. Moos Leitung in Heidelberg ganz der Ohrenheilkunde und siedelte nach Giessen über, wo er den Unterricht in der Ohrenheilkunde eingeführt hat. Die medicinische Wissenschaft verdankt ihm zahlreiche werthvolle Arbeiten über Anatomie und Physiologie des Ohres, sowie über Krankheiten dieses Organs.

— Dr. Calmette, Leiter des Seruminstituts in Lille, hat das Unglück gehabt, beim Experimentiren von einer giftigen Schlange gebissen zu werden. Er liess sich sofort eine Einspritzung mit dem von ihm hergestellten Serum gegen Schlangengift machen, die den Erfolg gehabt hat, dass in der That binnen Kurzem alle Krankheitserscheinungen beseitigt waren. (Allg. med. C.-Ztg.)

— Die Patienten und Verehrer des vor Kurzem verstorbenen Neuropathologen und Psychiaters, Privatdocenten der Moskauer Universität Dr. A. Tokarski beabsichtigen zur Verewigung des Andenkens des Verstorbenen bei der Moskauer Universität ein Capital auf seinen Namen zu stiften, dessen Zinsen alle 4 Jahre als Prämie für die beste Arbeit über die Anwendung des Hypnotismus bei der Behandlung von Nervenkrankheiten verliehen werden sollen.

— Auf dem letzten Congress der deutschen balneologischen Gesellschaft ist der Beschluss gefasst worden, dem um die Phthisiotherapie hochverdienten Dr. Brehmer (gestorben in Görbersdorf im December 1889) ein Denkmal zu errichten. Beiträge werden von dem Banquier Landau in Berlin entgegengenommen.

— Die Moskauer Abtheilung der Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit hat eine besondere Commission gebildet zur Besichtigung neu aufgeführter oder bereits bewohnter Gebäude in Bezug auf ihre Tauglichkeit zum Bewohnen.

— Die Statuten des Vereins zur Bekämpfung der Tuberkulose in den Ostseeprovinzen sind am 19. Juli vom Ministerium des Innern bestätigt worden.

— Auf der Odessaer bacteriologischen Station sind im Jahre 1900 den Schutzimpfungen gegen die Tollwuth nach der Pasteurschen Methode 1488 Personen (925 Männer und 563 Frauen) unterzogen worden. Ausserdem verabfolgte diese bacteriologische Station im verflossenen Jahre 8478 Flacons Antidiphtherieserum und führte täglich eine bacteriologische Controle des Wassers der Odessaer Wasserleitung aus. Der Unterhalt der Station kostete 12,709 Rbl. (Her.)

— In Irkutsk ist das erste Krankenhaus für chronische Kranke in Sibirien eröffnet worden, zu dessen Bau und Unterhalt die Commerzienrathswittwe A. K. Medwjedikowa 500,000 Rbl. gespendet hat.

— Der XIV. internationale medicinische Congress wird in Madrid, vom 23. bis zum 30. April 1903 stattfinden. Präsident: Prof. Julian Calleja y Sanchoz-vilos; Generalsecretär: Dr. Angel Fernandoz-Caro y Nouvilos; Schatzmeister: Dr. José Gomez y Ocana. — Der Mitgliedsbeitrag von 30 Pesetas ist an das Generalsecretariat (Faculté de Médecine, Madrid) einzusenden; die Empfangsquittung berechtigt zur Nutzniessung aller den Congressmitgliedern zukommenden Vortheile. Die Damen der Congressisten erhalten gegen Zahlung von 12 Pesetas eine Ermässigung des Fahrpreises auf den Eisenbahnen und können an allen zu veranstaltenden Festlichkeiten theilnehmen. — Die Sectionen des Congresses sind folgende: 1. Anatomie. 2. Physiologie, biologische Physik und Chemie. 3. Allgemeine Pathologie, pathol. Anatomie und Bakteriologie. 4. Therapie, Pharmakologie und Materia medica. 5. Innere Pathologie. 6. Nervenkrankheiten, Geisteskrankheiten und criminelle Anthropologie. 7. Pädiatrie 8. Dermatologie und Syphilidologie. 9. Chirurgie und Operationen. 10. Ophthalmologie. 11. Otologie, Rhinologie und Laryngologie. 12. Odontologie. 13. Geburtshülfe und Gynäkologie. 14. Militär- und Marine-Medicin und -Hygiene. 15. Hygiene, Epidemiologie und technische Sanitätswissenschaft. 16. Gerichtliche Medicin.

— Der 2. Congress kaukasischer Aerzte wird im September in Tiflis tagen. (Her.)

— Nach Daten im Medicinaldepartement giebt es augenblicklich im Russischen Reiche 102 Vacanzen für Aerzte (wovon der grösste Theil allerdings auf Sibirien entfällt), darunter 7 Stellen mit einem Gehalt von 1200 Rbl.

— Im Anschluss an die in Hamburg tagende diesjährige Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte veranstaltet das Comité zur Veranstaltung ärztlicher Studienreisen in die Bade- und Curorte die erste Studienreise und zwar in die deutschen Nordseebäder: Sylt — Wyk — Helgoland — Wangerooge — Spiekeroog — Norderney — Juist — Borkum — Cuxhaven. Die Kosten der ganzen Fahrt (mit einem Salondampfer) incl. Wohnung und Verpflegung betragen 100 Mark. Die Reise beginnt am letzten Tage der Versammlung und wird etwa 11 Tage in Anspruch nehmen.

— Die hiesige Militär-Medicinische Akademie hat beschlossen eine eigene Druckerei anzulegen.

— Eine Schule zur Ausbildung von Zahnärzten wird von Dr. Dolin in Riga eröffnet. Aufgenommen werden nur Zöglinge beiderlei Geschlechts, welche den Cursus von 6 Classen einer mittleren Lehranstalt absolvirt haben. Die Schule ertheilt nach einem Unterricht von 2½ Jahren und nach Ablegung einer Prüfung ihren Zöglingen ein Reifezeugniss, welches ihnen das Recht giebt, an der Universität eine für das Zahnarztdiplom erforderliche Ergänzungsprüfung abzulegen.

— Beim gynäkologischen Institut der Moskauer Universität sind noch zwei Assistenten mit je 800 Rbl. angestellt worden.

— Wie Dr. Gretschinski im «Wratsch» mittheilt, sind im Gouvernement Podolien ca. 10 neucreirte Landarztstellen (сельскіе врачи) zu besetzen. Jeder Arzt hat ein Krankenhaus mit 10 Betten, 1 Feldscher und 1 Hebamme. Gehalt 1200 Rbl. und Anrecht auf Pension. Gesuche mit beigefügten Dokumenten sind an die Medicinalabtheilung in Kamenez-Podolsk zu richten.

— Pestnachrichten. Die Stadt Constantinopel ist wieder für pestfrei erklärt worden, ebenso der Hafen Jnkan in der Mandschurei. Bf.

— Saison-Beginn im Curorte Gries. Mit einer Reihe von das Curleben betreffenden Neuerungen tritt am 1. September der Curort Gries in Südtirol in die Saison 1901—1902. Die Curgäste, für welche die Hotels, Pensionen und Villen mit diesem Tage geöffnet sind, werden in den Hauptverkehrs-Adern elektrisches Licht, im gesammten Cur-Rayon ein modernes Besprengungssystem, am Fusse des immergrünen Guntschna ein allen Anforderungen der Hygiene entsprechendes Sanatorium, dann ein Etablissement für Wasser-Curen und Elektrotherapie und verschiedene schmucke Villenbauten in und nächst dem Curorte als willkommene Neuheiten vorfinden. Das Frühjahr 1902 wird dem Curorte endlich auch die so lange ersehnte Verbindung mit der Nachbarstadt Bozen durch Erbauung einer elektrischen Strassenbahn bringen, wodurch Gries umso enger an die Fremden-Centrale Bozen gegliedert werden wird. Die beliebten Cur-Concerte im schönen Curpark beginnen am 1. September und werden sich dank der ausgezeichneten Besetzung der Capelle ihre alte

Anziehungskraft wahren. Eine Wanderung durch die im Traubenschmucke prangenden Rebengärten zeigt uns schon heute, dass die Natur auch heuer für die Grieser Trauben-Curen verschwenderisch vorgesorgt hat, was von den vielen Freunden der köstlichen Curtrauben von Bozen-Gries gewiss freudig begrüsst werden wird.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 18. Aug. d. J. 8088 (196 mehr als in d. Vorw.), darunter 769 Typhus — (127 mehr), 783 Syphilis — (6 mehr), 235 Scharlach — (54 wen.), 112 Diphtherie — (20 wen.), 53 Masern — (6 mehr) und 4 Pockenkranke — (0 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 12. bis zum 18. August 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
396	283	679	158	81	150	15	8	17	59	37	48	46	27	24	9	0

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 35, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 15, Scharlach 16, Diphtherie 22, Croup 0, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 10, Erysipelas 2, Grippe 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 6, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 1, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberculose der Lungen 59, Tuberculose anderer Organe 19, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 42, Marasmus senilis 19, Krankheiten der Verdauungsorgane 182, Todtgeborene 31.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St Petersburger Aerzte: Dienstag den 18. Sept. 1901.

Tagesordnung: Kreps Urologische Beobachtungen.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 24. Sept. 1901

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau **Hasenfuss** Мал. Подъяческ. д. 41 кв. 15.

Frau **L. A. Bogoslawskaja**, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.

Frau **Catharine Michelson,** Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Moorbäder im Hause
mit
MATTONI'S Moorextracte zu Bädern.
Einziger natürlicher Ersatz für
Medicinal-Moorbäder
im Hause und zu jeder Jahreszeit.

Mattoni's Moorsalz (trockener Extract) in Flaschen à 1 Ko.
Mattoni's Moorlauge (flüssiger Extract) in Flaschen à 2 Ko.

Langjährig erprobt bei:
Metritis, Endometritis, Oophoritis, Parametritis, Perimetritis, Peritonitis Chlorose, Anaemie, Scrophulosis, Rhachitis, Resorption v. Exsudaten, Fluor albus, Disposition zu Abortus, partiellen Paralysen, Paresen, Gicht, Rheumatismus, Podagra, Ischias und Haemorrhoiden.

Zu haben in allen Apotheken, Mineralwasser- und Droguenhandlungen.
Heinrich Mattoni, kais. und königl. Hof- u. Kammer-Lieferant,
(60) 18—13. **Franzensbad, Wien, Karlsbad, Budapest.**

Organisches Eisen-Mangan-Albuminat Hertel
(HAEMATOGEN).
Ein eisenreiches Blutpräparat, welches das Eisen in organischer Verbindung enthält, bestes Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene, erregt leicht den Appetit und befördert die Verdauung. Haematogen Hertel ist verkäuflich in der Apotheke in flüssiger und trockener Form, jedoch ist das flüssige Präparat, weil leichter vom Organismus aufgenommen, dem trockenen vorzuziehen.
Vor Nachahmung wird gewarnt.
(41) 3—3.

GUBER-QUELLE
Wirksamstes Eisen, Arsen-Wasser, gegen Blutarmuth, Frauenkrankheiten, Nerven- und Hautkrankheiten etc.
Zu haben in allen Mineralwasserhandlungen, Apotheken und Droguerien.
(31). 26—14.

Mikroskope Ernst Leitz
zu Fabrikpreisen empfiehlt **Moritz Goldberg**, St. Petersburg, Woskressenskaja № 11. (33) 1—1.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Frau Gülzen, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 10.
Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.
Marie Winkler, yr. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11

Resorbin
Milde und reizlose Salbe und Salbengrundlage. Ausgezeichnet als Kühlsalbe und bei Frost- und Brandschäden.

Quecksilber-Resorbin, grau u. roth.
Bester Ersatz für graue Salbe. Schmutzt nicht, riecht nicht. Sehr einfache Verordnung. In graduirten Glastuben.

Peruscarbin.
Der gegen Krätze wirksame Bestandtheil des Perubalsams, synthetisch dargestellt.

Peruol.
Ausgezeichneter Ersatz für Perubalsam, als Antiscabiosum. Farblos und geruchlos.

Chloroform-Anschütz.
Chem.-rein aus Salicylitchloroform. Hält sich unverändert in der Originalpackung.

Tropfvorrichtungen. Auf jede Originalflasche des Chloroform Anschütz passend.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation.
PHARM. ABT. BERLIN S. O.


Dieser № liegt ein Prospect über «**Jodoformogen (Knoll)**» bei.

Дозв. ценз. Спб., 31 Августа 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 36 St. Petersburg, 8. (21.) September 1901

Instructionen zur Ausübung sanitätsärztlicher Thätigkeit für livländische Landärzte.

Commissionsbericht für den XIII. Livl. Aerztetag
von
Dr. Kupffer
in Kuda (Estland).

Meine Herren! Im Auftrage der Commission beehre ich mich Ihnen nachfolgende «Instructionen zur Ausübung sanitätsärztlicher Thätigkeit» zur Begutachtung vorzulegen. Dieselben beziehen sich auf die Schul- und Armenhausrevisionen und auf die Controlle der Hebammen, Pockenimpfer und Feldscherer auf dem Lande. Wie Sie sehen, ist das genau das Gebiet des Sanitätswesens, in dem der laut «Normalstatut» angestellte Landarzt thätig sein soll.

1. Schulrevisionen.

Bei der Besichtigung landischer Schulen soll folgenden Punkten besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden:

1) Lage der Schule im Schulbezirk.
2) Bodenverhältnisse.
3) Abort *.
4) Turn- und Tummelplatz.
5) Brunnen *.
6) Dach *.
7) Dielenventilation.
8) Thüren.
9) Baumaterial und Baufälligkeit *.
10) Dielen.
11) Wände.
12) Fenster.
13) Heizvorrichtung.
14) Ventilation.
15) Lichtquelle.
16) Lampen *.
17) Lage des Schulzimmers nach der Windrose.
18) Oberlage.
19) Bänke.
20) Höhe, Breite und Länge des Schulzimmers und der Schlafräume.
21) Quadratraum Bodenfläche pro Schulkind in der Classe und den Schlafräumen *.
22) Cubikraum Luft pro Schulkind in der Classe und den Schlafräumen *.
23) Verhältniss der Glasfläche zur Bodenfläche des Schulzimmers.
24) Unterbringung der Schüler auf den Bänken *.
25) Haltung der Schüler auf den Bänken *.
26) Reinlichkeit der Schüler *.
27) Reinlichkeit der Schulräume *.
28) Anzahl der Schüler in der Classe *.
29) Schulbücher und Schultafel *.
30) Beköstigung der Schüler *.
31) Schulkrankheiten, als namentlich Myopie, Kyphose und Scoliose *.
32) Krankheiten der Schüler, so namentlich Trachom, Scabies, Eczem, Furunculose, Lues, Lepra, Tuberkulose, Anämie, Otitis und Zustand der Zähne *.
33) Gelass für die Ueberkleider *.
34) Bettstellen.
35) Verhalten des Lehrers beim Ausbruch von Epidemien.
36) Lehrerwohnung *.
37) Spucknäpfe *.

Ausserdem ist noch darauf zu achten, dass die Kinder nicht in der Classe essen; dass gute Waschvorrichtungen vorhanden sind; dass die Schulkinder nicht die Schulräume reinigen müssen; dass die Lehrer zur Zeit von Epidemien nicht zu Einsargungen oder Beerdigungen gehen; dass die Schulbänke nicht auch von Erwachsenen benutzt werden; dass an Trachom leidende Kinder nur dann zum Schulbesuch zugelassen werden, wenn sie ein ärztliches Zeugniss beibringen, das ihnen den Schulbesuch gestattet; dass die grösseren Schulen bei Entlassung von mit acuten Infectionskrankheiten behafteten Kindern denjenigen Gemeinden, in deren Be-

zirke die entlassenen Schulkinder zu Hause sind, eine diesbezügliche Anzeige machen; dass die Gesindeswirthe vom Auftreten einer acuten Infectionskrankheit der Gemeindeverwaltung Anzeige machen; dass die Schulen auf Kosten der Gemeinden desinficirt werden, wenn in ihnen Infectionskrankheiten geherrscht haben; dass die Schullehrer den Beginn von Epidemien sowohl dem Schulinspector als auch dem Kirchspielsarzt anzeigen; dass an den Häusern resp. Schulen, wo Infectionskrankheiten herrschen, Tafeln angebracht werden mit folgender Inschrift: Hier herrscht . . . . Hütet Euch! und dass in Bezug auf die Isolirung von Schulkindern, die an acuten Infectionskrankheiten leiden, die gesetzlichen Bestimmungen eingehalten werden.

Wenn Untersuchungen des Brunnenwassers nothwendig sind, sollen dieselben auf folgende Weise ausgeführt werden:

1) Man prüft auf die Farbe des Wassers durch Betrachten einer 10 Ctm. dicken Wasserschicht, die gegen ein Blatt weissen Papiers gehalten wird, wobei zu merken ist, dass Färbung durch reichlich vorhandene organische Substanz oder durch Eisenoxydsalze entsteht.

2) Man prüft auf Klarheit vermittelst Zahlenlesens durch eine 10 Ctm. dicke Wasserschicht. Trübes Wasser enthält suspendirte Theile als Thon, Mergel, Holzfasern etc.

3) Bei Prüfung auf Geschmack ist darauf zu achten, ob derselbe erfrischend oder fade ist.

4) Man prüft auf Geruch durch Schütteln in einer Flasche und Erwärmen auf 40—50°.

5) Als kurze empirische für unsere Zwecke genügende Methode zur Erkennung eines guten Trinkwassers kann folgendes Verfahren geübt werden: Ein Trinkglas wird mit dem Wasser gefüllt und diesem ein Esslöffel einer klaren (filtrirten) Lösung von 1 Theil Tannin in 4 Theilen Aq. destill. und 1 Theil Weingeist zugesetzt Erfolgt in Zeit von 5 Stunden keine Trübung, so ist das Wasser ein gutes Trinkwasser.

Dasselbe ist gesundheitsschädlich, wenn es sich innerhalb der ersten Stunde trübt.

Erfolgt die Trübung in der zweiten Stunde, so ist das Wasser als Trinkwasser gerade nicht zu empfehlen.

Färbt sich das Wasser in der dritten Stunde etwas braun, so ist das Trinkwasser von mittelmässiger Beschaffenheit und ammonhaltig.

Demnach sind zu unterscheiden:

1) Unbrauchbares Trinkwasser,
2) Schlechtes Trinkwasser,
3) Mittelmässiges Trinkwasser,
4) Gutes Trinkwasser

und darnach die untersuchten Brunnen zu classificiren.

Chemisch genaue Prüfung des Trinkwassers auf organische Beimischung mit Bestimmung des Procentgehaltes an organischen Stoffen sind mittelst Kali hypermanganicum in den Fällen auszuführen, wo das oben geschilderte Prüfungsverfahren organische Substanzen im Wasser vermuthen lässt.

Ist bei den erstmaligen Schulrevisionen auf diese verschiedenen Momente geachtet worden, so sind bei den späteren Besichtigungen nur die in der voranstehenden Zusammenstellung mit einem Stern versehenen Punkte zu berücksichtigen und ausserdem noch darauf Acht zu geben, ob in den Schulhäusern die in früheren Berichten namhaft gemachten Mängel noch fortbestehen oder ob Umbauten resp. Neubauten und Verbesserungen ausgeführt worden sind und ob dieselben zweckmässig gemacht wurden, sowie ob neuerdings sich neue Mängel im Schulhause ergeben haben, ob und welche acute Infectionskrankheiten seit der letzten Schulrevision herrschten und wie es sich mit dem Gesundheitszustande der Schulkinder im Augenblick der Revision verhält, wobei besonders auf die oben sub № 32 genannten Krankheiten zu achten ist.

Was nun die Begutachtung von Bauplänen für ländische Schulhäuser anbelangt, so sind dabei folgende Punkte ins Auge zu fassen:

1) Baugrund.
2) Richtung der Hauptfront des Gebäudes.
3) Dach.
4) Isolirungsmöglichkeit der Lehrerwohnung.
5) Vorhandensein eines zu einem Schulgarten und Tummelplatze sich eignenden Landstückes.
6) Anlage von richtig placirten und gut gebauten Aborten (getrennt für Lehrer und Schüler).
7) Abstand des Brunnens vom Abort und den Düngstätten.
8) Höhe, Breite und Länge der Zimmer.
9) Grösse des Quadratraums Bodenfläche pro Schulkind.
10) Grösse des Cubikraums Luft pro Schulkind.
11) Anzahl der Schüler.
12) Anstrich und Ventilation der Diele.
13) Anstrich der Wände und Lage.
14) Aufschlagen der Thüren.
15) Einfallen des Lichtes in das Schulzimmer.
16) Heizvorrichtung.
17) Höhe und Breite der Oefen.
18) Gelass für die Ueberkleider.
19) Ventilationsvorrichtungen.
20) Construction der Bänke.
21) Stellung der Tafel im Schulzimmer und Beschaffenheit derselben.

Als Norm sollen bei Neubauten von Schulen folgende Regeln gelten:

Der Baugrund soll trocken und bisher unbebaut gewesenes Land sein.

Die Lage des Schulgebäudes soll eine freie sein, so dass Sonne und Luft möglichst Zutritt haben können. Die Hauptfront soll dabei so gerichtet sein, dass das Schulzimmer nach Osten oder Süden hin gelegen ist. Ställe dürfen nicht unter einem Dach oder hart neben dem Schulgebäude befindlich sein.

Das Dach darf nicht aus Stroh angefertigt sein.

Die Lehrerwohnung soll von den übrigen Räumen im Schulgebäude isolirt sein.

Ein Turn- oder Tummelplatz sowie ein Garten soll sich in nächster Nähe des Schulgebäudes befinden.

Der Abort soll nicht im Schulgebäude, sondern etwas entfernt von demselben und für die Schulkinder leicht erreichbar, mindestens 10 Meter vom Brunnen entfernt sein und eine vollständig ausgemauerte Grube besitzen, die das Eindringen von Flüssigkeit ins Erdreich verhindert. Es müssen in dem Abort 3 Abtheilungen vorhanden sein: 1) für den Lehrer (verschliessbar); 2) für die Knaben (mit Pissoir); 3) für die Mädchen. NB. Ein Sitz genügt für 40 Knaben resp. 25 Mädchen. — Die Sitzbretter sollen schräg gestellt sein und über denselben ist noch ein zweites Brett schräg anzubringen. Auch muss der Abort gut ventilirt sein.

Der Brunnen, der oberhalb der Düngstätten und des Abortes gelegen und von beiden Seiten mindestens 10 Meter entfernt sein soll, ist, wenn irgend möglich, in Pumpenform herzustellen.

Die Höhe des Zimmers soll nicht unter 3,5 Meter (11 Fuss) herabgehen; die Form des Schulzimmers soll eine oblonge sein (Verhältniss 4:3 oder 3:2).

Auf jedes Schulkind soll der Quadratraum Bodenfläche in der Classe nicht weniger als ein Quadratmeter und der Cubikraum Luft nicht weniger als 4 Cubik-

meter, in den Schlafzimmern jedoch nicht weniger als 10 Cubikmeter betragen.

In einer Classe sollen nicht mehr als 60 Schüler untergebracht werden.

Die Diele soll aus festgefugten Brettern bestehen, keine Spalten haben und wo möglich mit flüssigem Theer angestrichen sein.

Die Diele soll durch Oeffnungen im Fundament ventilirbar sein.

Die Wände sollen stuckaturt und bläulich angestrichen sein, sowie eine dunkle Panelung haben. Die Lage soll glatt sein und einen weissen Anstrich erhalten, der häufig zu erneuern ist.

Die Ausgangsthüren aus den Schul- und Schlafzimmern sollen nach aussen aufschlagen.

Das Licht soll einzig und allein von links her in das Schulzimmer hineinfallen. Die Fenster sollen möglichst hoch zur Lage hinaufreichen und wenigstens 1 Meter über der Diele enden. Nöthigenfalls sollen helle Vorhänge angebracht sein.

Der Ofen im Schulzimmer soll von letzterem aus heizbar sein und nicht näher als 1,5 Meter (4,8 Fuss) an die Bänke heranreichen. Auch soll der Ofen so niedrig sein, dass man den Staub von demselben leicht mit feuchten Lappen abwischen kann.

Die Ueberkleider sollen in einem besonderen Raume und weder in der Classe noch im Schlafzimmer untergebracht werden.

Im Schulzimmer und der Lehrerwohnung, sowie den Schlafzimmern sollen ausreichende Ventilationsvorrichtungen angebracht sein, d. h. in Form von Ventilatoren und oben öffenbaren Fenstern.

Die Bänke sollen in 3 Grössen vorräthig sein. Die Höhe des Sitzes entspricht der Länge des Unterschenkels, die Tiefe der des Oberschenkels. Die Bänke sollen nicht mehr als zweisitzig sein. Die Bank soll eine Lehne haben. Die Tischplatte soll wenigstens so weit vorragen, dass ihr zum Sitz gekehrter Rand in eine Ebene mit dem vorderen Rande des Sitzes fällt. Sie muss geneigt und womöglich verschiebbar sein.

Die Schultafel soll nicht an der Wand hängen, sondern auf einem Fusse, drehbar, frei im Zimmer untergebracht werden und zwar so, dass sie von links her gut beleuchtet ist und nicht blendet.

Es sollen mit Wasser zu füllende Spucknäpfe angeschafft werden.

Die Gesammtglasfläche der Fenster im Schulzimmer soll sich zur Bodenfläche desselben verhalten wie 1 : 5.

Als Paradigma des Berechnungsmodus und Aufstellungsplans für ein Schulzimmer soll folgendes Beispiel dienen:

a) Schule X ist für 40 Schüler berechnet.

Die Länge des Schulzimmers beträgt 10 Meter (32 Fuss).
» Breite » » » 7 » (22,4 Fuss).
» Höhe » » » 3,5 » (11,2 »).

Mithin kommt auf jedes Kind
1,7 Quadratmeter Bodenfläche und
6,0 Cubikmeter Luftraum.

Im Ganzen sind vorhanden 70 Quadratmeter Bodenfläche und 245 Cubikmeter Luftraum, so dass man zur Noth auch bis zu 60 Schulkinder in dieser Classe unterbringen könnte, wobei pro Schulkind immer noch mehr als 1 Quadratmeter Bodenfläche und 4 Cubikmeter Luftraum kämen.

b) Für 40 Schüler sind 20 paarige Schulbänke nöthig, daher ist in einer Classe mit obigen Maassen folgender Aufstellungsraum durchzuführen.

Nach der Länge des Zimmers:

Freier Platz vor den Bänken	= 2,4 Meter.
7 Schulbänke hintereinander (à 0,85 M.)	= 6,0 »
Durchgang hinter der letzten Bank . .	= 1,6 »
	10,0 Meter.

Nach der Breite des Zimmers:

Entfernung der Bänke von der äusseren Wand	= 1,0 Meter.
3 Reihen Schulbänke à 1,2 Meter Länge .	= 3,6 »
2 Durchgänge zwischen den Bankreihen .	= 1,4 »
Entfernung der Bänke von der inneren Wand	= 1,0 »
	Summa 7,0 Meter.

Um die Grösse der Schlafräume zu bestimmen ist es nöthig festzustellen, wie viele von den Schulkindern zur Nacht in der Schule bleiben. Als Mindestmaass pro Schulkind sind dann 10 Cubikmeter Luftraum im Schlafzimmer zu rechnen.

Bei Abfassung der Berichte an das Kreissanitätscomité in Person des örtlichen Kreisarztes sollen die Punkte der oben wiedergegebenen Zusammenstellung berücksichtigt werden.

2. Armenhausrevisionen.

Wir gehen nun zu den Armenhausrevisionen über. Hierbei ist folgenden Punkten besondere Aufmerksamkeit zu schenken:

1) Lage des Armenhauses im Gemeindebezirk und Grösse der Entfernung vom Gemeindehause.
2) Brunnen. *
3) Abort. *
4) Bodenverhältnisse.
5) Garten.
6) Dach.
7) Thüren.
8) Baumaterial.
9) Dielen.
10) Wände.
11) Fenster.
12) Heizvorrichtung.
13) Ventilation.
14) Höhe, Breite und Länge der Zimmer.
15) Cubikluftraum pro Person. *
16) Quadratraum Bodenfläche pro Person. *
17) Gelass für die Kleider.
18) Reinlichkeit der Armen. *
19) Beschäftigungsfähigkeit der Armen. *
20) Krankheiten der Armen, namentlich Lepra, Lues, Trachom, Krätze, Irrsinn und acute Infectionskrankheiten. *
21) Beköstigung der Armen. *
22) Kleidung und Bettstellen. *
23) Ordnung und Reinlichkeit im Armenhause. *

Die Berichte werden ebenso wie die Schulberichte abgefasst, nur sind dabei noch folgende Punkte zu berücksichtigen:

a) ob im Armenhause Personen leben, die noch voll arbeitsfähig sind;

b) ob die arbeitsfähigen Armen regelmässige Beschäftigung finden und ob sie sich im Dienste des Armenhauses nützlich machen;

c) ob die Nahrungsmittel und das Holz rechtzeitig und genügend den Armen geliefert werden;

d) ob die ins Armenhaus aufzunehmenden Personen auf ihre Erwerbsfähigkeit und ihren Körperzustand ärztlich untersucht werden;

e) ob die Aufseherin ihren Verpflichtungen in genügender Weise nachkommt;

f) ob neben dem Armenhause sich eine Badstube und eine Leichenkammer befindet.

3. Controlle der Hebammen.

Wenden wir uns nun dem dritten Capitel unseres Themas zu, der Controlle der Hebammen, so haben wir zunächst die Beaufsichtigung ihrer Thätigkeit in der Praxis zu besprechen. Zur Erfüllung dieses Zweckes ist es nöthig, dass jede auf dem Lande thätige Hebamme bei jeder Geburt nach dem folgenden Formular eine kurze Geburtsgeschichte schreibt.

№	Name.	Alter.	Wohnort.	Wievielste Schwangerschaft.	Letzte Regel.	1. Kindesbewegung.	Normaler Geburtstermin.	Kindeslage.	Herztöne.

Verlauf der Krankheit.

Beginn der Wehen ....

Blasensprung ....

Beginn der Drangwehen ....

Zeit der Geburt ....

Dauer der Nachgeburtsperiode ....

Wieviel Untersuchungen in der Geburt? ....

Welche Operationen? ....

Wie oft catheterisirt? ....

Nabelschnur ....

Dammriss? ....

Nachgeburt und Eihäute ....

Geschlecht des Kindes ....

Gewicht ....

Länge ....

Gesundheit des Kindes ....

Verlauf des Wochenbettes.

Tag.	Temper.		Puls.		Lochien.	Bemerkungen.
	M.	A.	M.	A.		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Kind: Augen:
Abfall der Nabelschnur:
Beschaffenheit der Nabelwunde:

Die in obiger Weise gemachten Notizen hat die Hebamme halbjährlich dem sie controllirenden Arzte vorzustellen und von demselben zugleich das von ihr benutzte Instrumentarium besichtigen zu lassen. Nebenbei bemerkt soll selbst eine Dorfhebamme mindestens Folgendes mit sich führen:

1) 1 Irrigator nebst Schlauch;
2) eine Nabelschnurscheere;
3) ausgekochte Nabelschnurbändchen;
4) Lysol. pur. in Fläschchen zu einer Drachme zum Lösen in einer Bierflasche Wasser;
5) Hygroskopische Watte;
6) Grüne Seife;
7) 2 Handbürsten;
8) 3 Stück Mutterrohre aus Glas;
9) Ol. Ricini 60,0;
10) 2proc. Argent. nitric.-Lösung 30,0;
11) Einen zweiten Schlauch zum Irrigator nebst Ansatz für Clystiere;
12) Jodoformpulver;
13) Tinct. valerian aether.;
14) 2 Leinwandkittel.

Was die Ausbildung von Hebammen anlangt, so ist es wünschenswerth, dass die Schulung der Landhebammen eine möglichst gründliche ist. Dennoch müssen zunächst auch sog. Dorfhebammen zur Praxis zugelassen werden. Es ist aber danach zu streben, die untauglichen durch brauchbare zu ersetzen und denselben die Möglichkeit zu gewähren nöthigen Falls durch Repititionscurse sich mehr zu vervollkommnen.

Auch müssen den Hebammen sichere und ausreichend dotirte Posten in den Kirchspielen verschafft werden, auf denen nur Personen anzustellen sind, die eine Prüfung bestanden haben.

4. Controlle der Pockenimpfer.

Unser viertes Capitel handelt von der Beaufsichtigung der Pockenimpfer.

Zwecks Ausübung dieser Thätigkeit hat der Arzt erstens den Gemeindeimpfer eine Impfung in seiner Gegenwart vornehmen zu lassen und dabei das Instrumentarium zu prüfen, sowie zweitens sich einen Einblick in den Modus der Impfung und Registrirung zu verschaffen.

In Bezug auf den ersten Punkt soll der Arzt danach streben, das Impfgeschäft selbst zu übernehmen. Was den zweiten anlangt so ist es erforderlich zur Verbesserung des Impfwesens namentlich auf folgende Punkte zu achten:

a) dass die Impfung entsprechend den gesetzlichen Vorschriften zwischen dem 1. Mai und 1. September abgehalten wird;

b) dass die Impflisten möglichst genau und sorgfältig angefertigt werden;

c) dass die aus einer Gemeinde ausgewanderten Kinder der Gemeinde, in der sie eingewandert sind, als zu impfende mit Namensnennung angezeigt werden;

d) dass alle auf dem Territorium der Güter lebenden ungeimpften Kinder geimpft werden;

e) dass auch die Schulkinder und Confirmanden regelmässig revaccinirt werden;

f) dass wenigstens zwei Impfpusteln gut entwickelt sind und dass, wenn nur eine vorhanden ist, von dieser aus das Kind mit seiner eigenen Lymphe zurückgeimpft wird;

g) dass Kinder, bei denen die Impfung in einer Impfsaison nicht gehaftet hat, während des nächsten Impftermins nochmals geimpft werden und nur dann ein Zeugniss der erfolgten Impfung erhalten, wenn sie beide Male mit nachweislich guter Lymphe geimpft sind;

h) dass möglichst gute Lymphe kostenfrei den Impfern zur Verfügung steht;

i) dass auf Durchführung des vom Aerztetages abprobirten Sadikow'schen Reglements hingearbeitet wird.

5. Die Controlle der Feldscherer.

Wir kommen nun zum letzten Capitel unseres Themas. In Anbetracht dessen, dass die Ausübung ärztlicher Thätigkeit durch Feldscherer nur als ein Nothbehelf anzusehen ist, die Staatsregierung der Abschaffung des Feldscherismus zuneigt und der Aerztetag sich ebenfalls über das Feldscherthum abfällig geäussert hat,

soll der Landarzt darauf hinwirken, dass selbstständig thätige Feldscherer auf dem Lande nirgends angestellt werden und die bereits vorhandenen bei Hospitälern Verwendung finden, wo sie vom Arzt in genügender Weise controllirt werden können.

Auch die Anstellung von Feldscherern bei Fabriken und auf Gütern ist thunlichst zu vermeiden und wo bereits solche vorhanden sind nur in Feldscherschulen ausgebildete Personen zu dulden.

Ausserdem muss die Hausapotheke, das Instrumentarium und die Bücher des Feldscherers streng beaufsichtigt, namentlich kein Handel mit Medicamenten gestattet und überhaupt darauf geachtet werden, dass der Feldscherer sich streng an die folgenden gesetzlichen Bestimmungen hält:

«Feldscherer haben das Recht selbstständig thätig zu sein in dringenden Fällen von Hilfeleistung bei schwerverlaufenden Krankheiten an Orten, wo kein Arzt vorhanden ist, jedoch mit der Verpflichtung bei der ersten sich ihm bietenden Gelegenheit dem nächstwohnenden Arzt eine diesbezügliche Mittheilung zu senden, dann beim Auftreten von epidemischen und ansteckenden Krankheiten wie z. B. Cholera, Scharlach, Masern, Pocken, Typhus ebenfalls mit der Verpflichtung zwecks Empfanges von Instructionen sofort dem nächstwohnenden Arzt eine Meldung zu machen; endlich in Fällen, wo kleine chirurgische Operationen auszuführen sind, Verbände bei Brüchen und Blutungen angelegt werden müssen, die Impfung vollzogen werden soll und bei Vergiftungen, Unglücksfällen durch Ertrinken und bei Fällen von Scheintod. Die sog. Arztgehilfen dürfen auch Geburtshilfe betreiben, jedoch nur in den Grenzen, die für Dorfhebammen gezogen sind».

M. H.! Die Commission ist der Ansicht, dass nach stattgehabter Begutachtung dieses eben verlesene Reglement obrigkeitlich bestätigt werden sollte. Ich habe daher an Sie die Bitte zu richten, unser Elaborat einer Kritik zu unterziehen und zugleich Stellung zu nehmen zur Frage der Bestätigung.

Im Namen der in Sachen der Alkoholfrage erwählten Commission habe ich die Ehre folgende Erklärung abzugeben:

Die Commission sah bei Bearbeitung der ihr gestellten Aufgabe von ausführlichen Gutachten und Commissionsberichten ab. Sie glaubte der guten Sache vielmehr dadurch zu dienen, dass sie vor Allem für unsere heutigen Verhandlungen eine Tagesordnung schaffte, um die beregte sowohl medicinisch als social hochwichtige Frage nach allen Seiten hin genügend beleuchten zu können. Die Commission hat daher eine Reihe anerkannter Fachcollegen dafür gewonnen sich zur Alkoholfrage zu äussern und Sie werden, verehrte Anwesende, sogleich die einschlägigen Arbeiten kennen lernen.

Die Commission möchte ihrerseits nur zweierlei den Herren Collegen nahelegen: nämlich die Bestrebungen des Herrn Dr. Meyer zu unterstützen, indem sie zahlreich in den Verein resp. den zu gründenden Verein abstinenter Aerzte eintreten und der Frage der Trinkerheilanstalten thatkräftiges Interesse zuwenden.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

E. Mehnert: Ueber topographische Altersveränderungen des Athmungsapparates und ihre mechanischen Verknüpfungen, an der Leiche und am Lebenden untersucht. (Jena, Verlag von Gustav Fischer. 1901).

Der Verf. weist durch topographische Bestimmungen an Leichen, sowie durch besonders subtile Messungen am Lebenden unter Hinzuziehung der Literaturangaben sowie der vorhandenen Atlanten eine von der Geburt bis ins späte Alter zeitig fortschreitende Senkung des Kehlkopfs, der Trachea und der Lungen beim Menschen nach. Die Schwankungen durch individuelle Variationen bedingt erschweren die Analyse der Daten sehr bedeutend, doch lässt sich immerhin der Altersdescensus der Organe zur Evidenz erweisen und erklärt er sich aus der Zugwirkung der schweren abdominellen Organe bei der aufrechten Haltung des Menschen. Gleichzeitig wird auch die Senkung der Vorderenden der Rippen bewiesen und zum Schluss auf die Wichtigkeit derartiger Studien hingewiesen.

Ucke.

Protocoll der Jahres-Generalversammlung des livländischen ärztlichen Vereins zu gegenseitiger Hilfe

zu Riga vom 20. Juni 1901.

Anwesend waren ca. 60 Mitglieder sowie die Delegirten des Revaler Vereins Dr. med. W. Heidenschild und Dr. med. R. v. Wistinghausen.

Nach Begrüssung der Anwesenden, speciell der Revaler Delegirten durch den Präses Dr. med. H. Truhart erfolgt der Uebergang zur Tagesordnung.

P. 1. Verlesung des Protocolls der Jahres-Generalversammlung zu Wenden 1900 durch den 2. Secretär.

Dasselbe wird in der vorgelegten Fassung von der Versammlung genehmigt.

P. 2. In Abwesenheit des Cassaführers Dr. med. A. Hartge legt der Vicepräses Prof. Dr. L Kessler den Cassenbericht vor.

Zu demselben giebt der Präses einige Erläuterungen, speciell was die Gebühren des Vereinsrechtsbeistandes betrifft.

Die Einnahmen beliefen sich bis zum 16. Juni 1901 auf 1849 Rbl. 97 Kop.

225 Mitgliedsbeiträge à 5 Rbl. =	1125 Rbl.	— Kop.
Saldo vom Vorjahre	180 »	15 »
Verkauf von Werthpapieren	464 »	20 »
10 pCt. eines gerichtlich beigetriebenen Honorares	7 »	50 »
Zinsen einer Anleihe	9 »	— »
Zinsen vom Depot pro Juli 1900 bis Juni 1901	64 »	12 »
Summa	1849 Rbl.	97 Kop.

Ausgaben bis zum 16. Juni 1901:

Laut Rechnungen	329 Rbl.	16 Kop.
Unterstützung der verwittweten Frau Dr. Rinne	50 »	— »
Gekaufte Werthe 949 R. 83 K. / Wechsel 300 » — » / Zinsen auf Giro 64 » 12 »	1313 »	95 »
Summa	1693 Rbl.	11 Kop.

Somit verbleibt ein Saldo von 156 Rbl. 86 Kop. baar für das kommende Jahr.

P. 3. Dr. M. Treymann-Riga verliest den Bericht der Revisionscommission sowohl für das letzte als vorletzte Jahr.

Derselbe lautet:

«Am heutigen Tage die Bücher und Casse des livländischen ärztlichen Rechtsschutzvereins revidirt und für richtig befunden»,

Wenden, den 2. September 1900.

Dr. Gähtgens. Dr. M. Treymann. Dr. A. Karp.

Sowie:

«Die auf der Jahresversammlung des livländischen ärztlichen Rechtsschutz- und Hilfsvereins zu Wenden im Jahre 1900 gewählte Revisionscommission hat am heutigen Tage die Cassaführung und die einzelnen Contobücher einer eingehenden Prüfung unterzogen und durchweg in Ordnung befunden».

Riga, den 20. Juni 1901.

Dr. M. Treymann. Dr. A. Karp.

P. 4. Der Präses Dr. Truhart berichtet über die Aenderungen im Bestande des Vereins.

Er erwähnt des Todes zweier Mitglieder: des Kreisarztes Dr. med. E. Behse-Pernau und des Dr. Wyrubow-Riga, deren Andenken die Versammlung durch Erheben von ihren Sitzen ehrt.

Aus dem Verein ausgeschieden sind 4 Mitglieder und zwar die Herren Dr. Müllerson-Carolen, Dr. Grauding-Walk, Dr. Brennsohn und Jensen-Mitau.

Von den 274 Mitgliedern sind 90 in Kurland, 1 Mitglied in Estland, die übrigen 183 in Livland, und zwar 59 in Riga, 124 in den anderen livländischen Städten und auf dem Lande ansässig.

P. 5. Der 2. Secretär Dr. med. Th. Lackschewitz verliest den Bericht über die Thätigkeit des Vorstandes im verflossenen Jahr.

Meine Herren!

Aus dem Kassenbericht haben Sie ersehen, dass auch im verflossenen Jahre unser Verein einen Zuwachs von Mitgliedern aufweisen konnte: es sind ihrer augenblicklich 274 gegen 222 zum Schluss des vorigen Vereinsjahres.

So erfreulich dieser Umstand auch ist, so sei doch daran erinnert, dass es noch nicht die Hälfte aller in Liv- und Curland thätigen Aerzte ist, welche Anschluss an den Verein gesucht haben.

Im Bestand unserer Vertrauensmänner, deren Zahl 28 beträgt, sind folgende Aenderungen eingetreten: Dr. Hermann, der seinen bisherigen Wohnort Walk mit Pernau vertauscht hat, ist aus der Zahl derselben ausgeschieden und an Stelle Dr. P. Lackschewitz-Libau ist Dr. A. von Brackel getreten.

Im verflossenen Geschäftsjahre hat der Vorstand in 9 officiellen Sitzungen und zahlreichen Zusammenkünften resp. Besprechungen privater Natur versucht, den Anforderungen, welche an ihn herantraten, gerecht zu werden.

Was zunächst die materiellen Unterstützungen anbelangt, so wird eine solche wie im vergangenen Jahre auch weiterhin der verwittweten Frau Dr. Rinne, die ihren Mann in Folge eines Unglücksfalles durch den Tod verlor, in dem von der Generalversammlung bestimmten Maassstabe zu theil. Etwaige weitere Gesuche sind im verflossenen Jahre beim Vorstande nicht eingelaufen.

Laut Beschluss der vorigjährigen Generalversammlung zu Wenden in Betreff der Verwendung des Capitals sind Anleihen aus der Vereinscasse zulässig: eine solche in der Höhe von 300 Rbl. ist von einem Mitgliede des Vereins erhoben worden. Bei Anleihen ist laut Beschluss des Vorstandes folgender Modus einzuhalten:

1) dahin lautende Gesuche sind in officieller Form an den Vorstand zu richten, nicht etwa als Privatbriefe an einzelne Glieder desselben;
2) der Termin der Anleihe läuft in einem halben Jahr ab. Eine eventuelle Prolongirung resp. Erneuerung kann nur durch ein abermaliges rechtzeitig eingesandtes Gesuch an den Vorstand, welcher darüber Entscheidung trifft und nach Beschaffung eines neuen Wechsels mit den nöthigen Unterschriften erfolgen.

Musste der Vorstand bei den ihm bisher nur in sehr beschränktem Masse zu Gebote stehenden Mitteln, sich in Bezug auf Unterstützungen schon grosse Zurückhaltung auferlegen, so wird in Zukunft dasselbe auch was derartige Anleihen betrifft nothwendig sein.

Weitere Gründe für eine solche Reserve werden sich bei der Verhandlung über die zu gründende Wittwen- und Waisencasse ergeben, deren Zustandekommen und Gedeihen dem Vorstande so wichtig erscheint, dass er Sie um die Genehmigung der jährlichen Ueberführung von 50 pCt. der Netto-Einnahmen des Vereins in jene ins Leben zu rufende Casse ersuchen wird. Der Vorstand hofft, dass der Statutenentwurf der Unterstützungscasse, deren Ausarbeitung unter Mitwirkung Sachverständiger erfolgte, Ihre Beistimmung finden wird und die Gründeng derselben noch im laufenden Jahre stattfinden kann.

Neun Mal ist an den Verein das Gesuch um Rechtshilfe resp. Rechtsrath herangetreten.

Des einen Falles konnte schon in der vorigjährigen Generalversammlung Erwähnung gethan werden: es handelte sich in demselben um eine Klage der Procuratur gegen einen Collegen wegen Ausstellung eines angeblich falschen Zeugnisses. Die Angelegenheit, in welcher der betreffende College nach Ansicht des Vorstandes schuldlos war und bona fide gehandelt hatte, kam im October des vorigen Jahres zur Verhandlung im Bezirksgericht in Fellin, woselbst unser Rechtsbeistand Herr v. Broecker die Vertheidigung führte. Das Urtheil lautete auf Freisprechung des Angeklagten. Möglicherweise ist der Fall damit noch nicht zum definitiven Abschluss gelangt, da damals von Seiten des Procureurs eine Appellation in Aussicht gestellt wurde. Dass der Verein auch weiterhin in derselben Richtung die Sache zu vertreten bereit ist, ist selbstverständlich.

In zwei weiteren Fällen wurde vom Vorstand namens des Vereins eventueller juridischer Beistand angeboten, doch ist bisher von demselben noch nicht Gebrauch gemacht worden. In dem einen derselben handelte es sich um die Entschädigungsklage der Mutter eines kleinen Patienten gegen 3 Collegen, welche angeblich grundlos eine Operation (Amputation) vorgenommen haben sollten. Ueber das Resultat der gerichtlichen Verhandlung ist uns bisher keine Nachricht zugegangen.

Im anderen Fall hat der Vorstand zunächst versucht vermittelnd einzuwirken, jedoch gleichzeitig die Hilfe des Rechtsbeistandes zugesagt falls ein gütlicher Vergleich nicht erzielt würde.

Vier Mal wurde die Vereinshilfe in Anspruch genommen zwecks Beitreibung von verweigertem Honorar. Drei dieser Gesuche gelangten erst in den letzten Wochen an den Vorstand und ist der erforderliche gerichtliche Weg beschritten worden. Ob das erstmalige Mahnungsschreiben unseres Rechtsbeistandes im 4. Falle als solches schon die erwünschte Wirkung gehabt hat, ist dem Vorstande bis hierzu noch nicht bekannt gemacht worden.

An dieser Stelle richtet der Vorstand die dringende Bitte an die Collegen, welche Honorarforderungen durch den Verein geltend machen, über den Erfolg Bericht zu erstatten: der Gang derartiger Sachen ist folgender: Beschwerden über Verweigerung des Honorars oder ungenügende Honorirung sind in officiellen Schreiben an die Adresse des Präses zu richten mit der Mittheilung des Sachverhaltes und dem Gesuch der Beihilfe von Seiten des Vereins. Das Material übergiebt der Vorstand nach Prüfung desselben gleich dem Rechtsbeistand, welcher seinerseits zunächst in einem Schreiben den säumigen Zahler auffordert seinen Verpflichtungen nachzukommen, widrigenfalls Schritte zwecks gerichtlicher Beitreibung eingeleitet würden. Oft genügt nun ein derartiges Schriftstück von Seiten des Rechtsanwalts und verhilft dem Collegen bald zu dem Seinigen. In solch einem Falle wünscht der Vorstand jedoch baldmöglichst benachrichtigt zu werden, um über den Gang der Angelegenheit orientirt zu sein.

Schliesslich konnte in einem Fall, welcher zeitlich keinen Aufschub ertrug der Vorstand einem Collegen, mit seinem Rath — d. h. mit genauem Hinweis auf die betreffenden Gesetzesparagraphen, einem fertig ausgearbeiteten Formular und der Angabe des einzuschlagenden Weges — hilfreich zur Seite stehen.

Im Interesse des Schutzes unserer ärztlichen Rechte hat endlich der Vorstand auf Anregung des livländischen Aerztetages sowie der Dorpater medicinischen Gesellschaft sich der Aufgabe unterzogen die gesetzliche Sanctionirung einer ärztlichen Gebührenordnung anzustreben.

Genaueres darüber werden sie vom Collegen Ströhmberg laut Punkt 8 unserer heutigen Tagesordnung erfahren. Jetzt nur soviel, dass der Entwurf, welcher ausgearbeitet wurde, nachdem die Gutachten sämmtlicher ärztlicher Vereine Liv- und Kurlands eingeholt worden, den Medicinalverwaltungen beider Provinzen übergeben worden ist mit dem Ersuchen denselben höheren Ortes behufs staatlicher Bestätigung zu unterbreiten.

An das Ehrengericht des Vereins sind 2 mal Anliegen gebracht worden, welche jedoch beide mal aus triftigen Gründen abgelehnt wurden. Auch in Angelegenheiten des Ehrengerichtes werden die Herren Collegen ersucht sich stets zunächst an die vermittelnde Instanz des Vorstandes zu wenden.

Endlich sei erwähnt, dass gemäss dem Beschluss der vorigen Generalversammlung die im Februar des Jahres stattgehabte Generalversammluug des Revaler Schwestervereins durch 2 Delegirte des unsrigen, die Herren Prof Dr. Kessler und Dr. Ströhmberg beschickt worden ist.

Im Anschluss an den Bericht fragt Dr. O Waeber-Libau an, wie sich der Verein bei Honorarforderungsklagen der in Kurland ansässigen Mitglieder zu verhalten gedenkt. Bisher hätten die Libauer Collegen in solchen Fällen einen dortigen Rechtsanwalt ad hoc angenommen.

Der Praeses Dr. H. Truhart betont, das jedes Mitglied wo auch immer ansässig den Schutz des Vereins in Anspruch zu nehmen berechtigt ist und verleiht nochmals dem Wunsche Ausdruck, dass eine jede Honorarforderung durch den Verein resp. den Vorstand desselben geltend gemacht werde.

Ob der Rechtsbeistand des Vereins oder eine von letzterem designirter anderer die Sache gerichtlich vertritt — im Falle ersterer verhindert sein sollte — müsse von Fall zu Fall vom Vorstand entschieden werden; die von den Mitgliedern privatim in Anspruch genommenen Herrn Rechtsanwälte haben keinen Anspruch auf eine Honorirung aus der Casse des Vereins.

P. 6. Der Praeses referirt über den von dem Vorstande im Auftrage der vorigjährigen Generalversammlung ausgearbeiteten Statutenentwurf einer Unterstützungscasse für Wittwen und Waisen der Mitglieder des Vereins.

In der sich daran schliessenden Discussion, an welcher sich die Herrn Dr. Hampeln, Dr. E. Schwarz, Dr. Berg, Dr. Janes, Dr. Krüger etc. betheiligen, wird von einzelnen Seiten dem Wunsche Ausdruck verliehen:

1) Den § 8 des Entwurfes zu ändern und zwar in dem Sinne, dass nicht der Verlust sämmtlicher Einzahlungen bei

Nichterfüllung der Verpflichtungen gegen die Casse im Verlauf von 2 Jahren erfolgt, sondern der Ausschluss des Mitgliedes nach den in § 10 angegebenen Regeln stattfindet und

2) im Falle ein Mitglied längere Zeit hindurch seine Zahlungen geleistet und vor der gesetzlichen Frist arbeitsunfähig wird, der Generalversammlung das Recht zusteht ihm die in § 16 und 17 angegebenen Vergünstigungen auch vor dem daselbst festgesetzten Zeitpunkt zuzuerkennen.

Die Versammlung schliesst sich der Proposition Prof. Dr. L. Kesslers an, welche lautet:

Die Generalversammlung des livländischen ärztlichen Rechtschutz- und Hilfsvereins ermächtigt den Vorstand nach reiflicher Prüfung, — wenn möglich — Aenderungen in der angedeuteten Richtung am Statut vorzunehmen und für den endgiltig redigirten Entwurf bald möglichst die staatliche Sanctionirung zu erwirken.

P. 7. Die Versammlung genehmigt die vom Vorstande vorgeschlagene jährliche Ueberführung von 50 pCt. der Nettoeinnahmen des Vereins in die Unterstützungscasse und zwar mit rückwirkender Kraft für die letzten 2 Jahre.

P. 8. Der I. Secretär Dr. med. Ch. Ströhmberg referirt über die Thätigkeit des Vorstandes in Sachen der ärztlichen Gebührenordnung.

Die Versammlung erklärt sich mit den vom Vorstande eingeleiteten Schritten einverstanden und ermächtigt ihn eines seiner Glieder nach Petersburg abzudelegiren um gehörigen Ortes für die Bestätigung der Gebührenordnung sowohl als auch die der Unterstützungscasse die nöthigen Maassnahmen zu ergreifen.

P. 9. a) Wahl der Revisionscommission: in dieselbe werden wiedergewählt Dr. M Treymann-Riga und Dr. A. Karp-Werro. An Stelle des abwesenden Dr. Gähtgens-Wenden, dessen Betheiligung an der im nächsten Jahr zu Fellin stattfindenden Generalversammlung nicht sicher gestellt werden kann, wird Dr. A. Schwarz-Fellin gewählt.

b) Wahl der Ehrenrichter: es erhalten die statutenmässig erforderliche Majorität die bisherigen und zwar: als Ehrenrichter: Prof Dr. C. Dehio, Dr. H. Truhart und Prof. Dr. Zoege von Manteuffel, als deren Ersatzcandidaten: Prof. Dr. L. Kessler und Dr. Ch. Ströhmberg.

Dr. med. Th. Lackschewitz.
z. Z. II. Secretär des Vereins.

Vermischtes.

— Am 3. September beging der Professor der Chirurgie an der Militär-Medicinischen Akademie wirkl. Staatsrath Dr. W. A. Ratimow das 25jährige Jubiläum seiner ärztlichen und dienstlichen Thätigkeit. Nach Absolvirung seiner Studien an der Medico-Chirurgischen Akademie machte der Jubilar den russisch-türkischen Krieg als Arzt mit, war dann bis 1882 Ordinator der chirurgischen Klinik des Prof. Bogdanowski, von 1882—1889 älterer Chirurg des städtischen Alexander-Hospitals, bis er 1890 zum Professor der Chirurgie an der Militär-Medicinischen Akademie ernannt wurde.

— Zum Decan der medicinischen Facultät der Charkower Universität soll in Folge des Rücktritts Prof. Kultschizki's der Professor der ärztlichen Diagnostik Dr. Lomikowski ernannt werden.

— In diesem Jahre begeht der bekannte Specialist für Orthopädie, Privatdocent der Moskauer Universität Dr. Nikolai Hagmann das 40jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit.

— Wie wir der «Nordlivl. Ztg.» entnehmen, ist der bisherige Assistent an der Frauenklinik der Universität Jurjew (Dorpat) Dr. Bondarew als Privatdocent für Geburtshilfe an die Universität Kiew übergeführt worden.

— Verstorben: 1) In Eriwan der Militärarzt Nikolai Ljeskow, welcher seit 1894 die ärztliche Praxis ausgeübt hat. — 2. In Bobrow die Aerztin Katharina Speranski-Berlinerblau im Alter von 38 Jahren. Ihre ärztliche Thätigkeit hat sie vor ca. 13 Jahren begonnen. — 3) Im Bade Reichenhall (Bayern) am 31. August der dortige praktische Arzt Dr. Friedrich Höpker im 33. Lebensjahre. Der Verstorbene war mehrere Jahre Assistent an der laryngologischen Klinik des Prof. Killian in Freiburg im Breisgau.

— Wie verlautet, hat Prof. Dr. Greef (Berlin) die Berufung auf den Lehrstuhl der Augenheilkunde an der Universität Rostock abgelehnt.

— Der frühere Assistent an der chirurgischen Klinik in Kiel, Dr. Hugo Graetzer, ist zum Leibarzt des Fürsten von Bulgarien ernannt worden.

(Allg. med. C.-Ztg.)

— Dr. R. Janner Hewlett ist zum Professor der allgemeinen Pathologie und Bacteriologie am Londoner King's College ernannt worden.

— An Stelle des verstorbenen Professors van Iterson ist der bisherige Amsterdamer Professor Dr. J. A. Korteweg zum Professor der chirurgischen Klinik der Universität Leyden ernannt worden.

— Zum 80. Geburtstage Prof. R. Virchow's wird die Berliner Stadtverordneten-Versammlung ihrem berühmten Mitgliede eine Glückwunschadresse überreichen, mit deren Entwurf der Stadtverordnete Sanitätsrath Dr. Neumann beauftragt ist. Ausserdem hat der Berliner Magistrat beschlossen, eine Summe von 100,000 Mark für die Virchow-Stiftung beizusteuern. Auch von seinen zahlreichen Verehrern und Freunden ist zum 80. Geburtstage in erster Reihe eine Verstärkung dieser Stiftung ins Auge gefasst worden. Entsprechend der universellen Bedeutung Virchow's haben sich tausende von namhaften Persönlichkeiten aus der Gelehrtenwelt und dem öffentlichen Leben in diesem Sinne zu einem Comité vereinigt, in dessen ausführendem Ausschusse der bekannte Berliner Anatom Prof. Waldeyer den Vorsitz führt. — Eine Ehrung Virchow's ist ferner in folgenden Ländern in die Wege geleitet: in Argentinien, Australien, Belgien, Brasilien, British-Indien, Bulgarien, Canada, Chile, Dänemark, Egypten, Frankreich, Griechenland, Grossbritannien, Japan, Italien, Luxemburg, Mexico, Neu-Seeland, Niederlande, Niederländisch-Indien, Norwegen, Oesterreich, Portugal, Rumänien, Russland, Schweden, Serbien, Spanien, Türkei, Ungarn, Vereinigte Staaten von Amerika. — Das Programm für die Feier ist nun in seinen Einzelheiten festgestellt. Die Feier findet am 12. October n. St. statt, also am Tage vor dem Geburtstage selbst, den Virchow im Kreise seiner Familie zu verbringen wünscht. Um 6 Uhr Abends wird im preussischen Abgeordnetenhause ein kleineres Diner veranstaltet, welches hauptsächlich die Familie Virchow, sowie die auswärtigen Delegirten mit den dem Jubilar persönlich Näherstehenden vereinigen soll. Unmittelbar daran schliesst sich um 8½ Uhr unter Prof. Waldeyer's Vorsitz der eigentliche Festact im grossen Sitzungssaale des Abgeordnetenhauses mit den Beglückwünschungsansprachen und Ueberreichung der zur Virchow-Stiftung eingegangenen Gelder. Dem Festact folgt dann geselliges Beisammensein in den Gesammträumen des Abgeordnetenhauses. Der Zutritt zum Festact soll gegen Karte, soweit es möglich ist, freistehen; auch für Damen sollen einige Tribünen reservirt werden.

— Ein Mausoleum aus weissem Marmor von 6 Fuss Höhe wird auf dem Grabe des ehemaligen Moskauer Therapeuten Prof. G. A. Sacharjin in der Nähe der Eisenbahnstation Chimki von seinen Erben errichtet.

— Die Quarantäne im Kaukasus soll der «Now. Wremja» zufolge bedeutend verstärkt werden. Zu diesem Zweck werden im Kaukasus sieben ärztliche Beobachtungspunkte auf dem Lande und acht solche Seestationen errichtet werden, für deren Unterhalt vom nächsten Jahre an 125,580 Rbl. angewiesen werden. Die bisherige kaukasische Quarantänewache wird gleichzeitig aufgelöst. Zugleich sollen die Quarantäne-Institutionen aus dem Ressort des Finanzministeriums in das des Ministeriums des Innern übergeführt werden.

— Der kurländische Landtag hat das Ritterschaftscomité beauftragt, unter Hinzuziehung eines erfahrenen Psychiaters, eine Vorlage für die Errichtung einer Irrenanstalt für Kurland auszuarbeiten und dem Lande zur Beschlussfassung zu unterbreiten.

— Der XI. Congress russischer Naturforscher und Aerzte wird in St. Petersburg vom 20. bis 30. December d. J. stattfinden. Anmeldungen der Theilnehmer sind bis zum 20. September zu adressiren an das Organisationscomité des XI. Congresses in der St. Petersburger Universität. Das genannte Comité besteht aus den Professoren Menschutkin (Präsident), Inostranzew (Vicepräsident), Borgmann und Schewjakow (Geschäftsführer). Von den 12 Sectionen des Congresses sind nur 3 medicinische, und zwar: für Anatomie und Physiologie, für wissenschaftliche Medicin und für wissenschaftliche Hygiene

— Die Vorlesungen in der Militär-Medicinischen Academie beginnen erst am 11. September, während dieselben an den Universitäten bereits am 1. September eröffnet worden sind.

— Wie die hiesige Zeitung «Rossija» erfahren haben will, wird in St. Petersburg eine Heilanstalt für trunksüchtige Frauen auf Kosten von Privatleuten eröffnet werden.

— In Buffalo findet vom 11. (24.) bis 13. (26.) September d. J. der XI. Congress der amerikanischen Elektrotherapeuten statt.

— Nach dem officiellen Bericht des amerikanischen Staatssecretärs für Schulwesen gab es 1898 in den Vereinigten Staaten von Nordamerika 151 medicinische Schulen mit 23,778 Studirenden und 51 pharmaceutische Schulen mit 3551 Zöglingen. Bf.

— Die Fortbildungskurse für praktische Aerzte an der Universität Greifswald, vom 14. bis 26. Oktober d. Js., werden den Besuchern Gelegenheit geben, an folgenden Vorlesungen und Uebungen theilzunehmen: Prof. Bier: Praktische Uebungen in der Chirurgie mit Vorträgen. — Prof. Krehl: Klinische und diagnostische Demonstrationen. — Geheimrath Schulz: Ausgew. Kapitel der Pharmakodynamik. — Prof. Martin: Vorträge über ausgewählte Kapitel der Gynäkologie, Uebungen und klinische Demonstrationen, Vorführung gynäkologischer Operationen. — Prof. Peiper: Hautkrankheiten. — Geheimrath Loeffler: Ausgewählte Kapitel der Hygiene und Bakteriologie. — Prof. Schirmer: Diagnose und Therapie der Augenkrankheiten. — Prof. Strübing: Rhino-laryngologischer Kursus mit klinischen Demonstrationen. — Geheimrath Krabler: Ueber die Ernährung des Säuglings, Rhachitis und sogen. Dentitionskrankheiten mit klinischen Demonstrationen. — Dr. Schroeder: Operative Zahnheilkunde. — Prof. Tilmann: Unfallheilkunde. — Dr. Rosemann: Ueber den Stoff-Wechsel des gesunden und kranken Menschen und die Ernährungstherapie. — Prof. Martin: Uebungen der gynäkologischen Operationen am Schultze-Winckelschen Phantom. — Dr. Jung: Geburtshülflicher Operationskurs am Phantom. — Prof. Hoffmann: Otiatrischer Kursus. — Prof. Westphal: Psychiatrische Klinik. — Dr. Busse: Mikroskopisch-diagnostische Untersuchungen. — Dr. Ritter: Physikalische Behandlungsmethoden, Massage, Luft-, Lichtbehandlung, Hydrotherapie. — Anmeldungen nimmt entgegen und nähere Auskunft ertheilt Prof. Martin.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 25. Aug. d. J. 8159 (71 mehr als in d. Vorw.), darunter 860 Typhus (91 mehr), 811 Syphilis — (28 mehr), 352 Scharlach — (117 mehr), 139 Diphtherie — (27 mehr), 60 Masern — (7 mehr) und 3 Pockenkranke — (1 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 19. bis zum 25. August 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
401	300	701	150	56	141	28	9	30	56	48	60	41	46	27	6	3

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 38, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 19, Scharlach 30, Diphtherie 27, Croup 3, Keuchhusten 11, Croupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 3, Grippe 3, Cholera asiatica 0, Ruhr 8, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 58, Tuberculose anderer Organe 16, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 41, Marasmus senilis 19, Krankheiten der Verdauungsorgane 134, Todtgeborene 35.

◆ **Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 18. Sept. 1901.**

Tagesordnung: Kreps Urologische Beobachtungen.

◆ **Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 24. Sept. 1901**

Produkte aus den natürlichen dem Wasser entzogenen Salzen

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Verdauung-befördernde Bonbons.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

zur Selbst-Bereitung des alkalisch-moussirenden Wassers.

Schlesischer Obersalzbrunnen

Oberbrunnen

OBER SALZBRUNN — SCHUTZ-MARKE

als alkalische Quelle ersten Ranges bereits seit 1601 erfolgreich verordne

Brunnenschriften und Analysen gratis und franco durch

Versand der Fürstlichen Mineralwasser von Ober-Salzbrunn.

Furbach & Strieboll, Salzbrunn in Schlesien.

Niederlagen in allen Apotheken und Mineralwasser-Handlungen.

(91) 8—.



TANNALBIN (Knoll)

Erprobtes Darmadstringens und -Stypticum.
Geschmacklos, unschädlich, stört den Appetit nicht.
Ind.: Diarrhöen aller Art, besonders der Kinder, auch in tuberculösen Fällen wirksam.

CODEIN (Knoll)

Sedativum, keine Gewöhnung.
Altbewährt bei Husten, sehr wirksam bei Neurasthenie. Unentbehrlich für Phthisiker.

FERROPYRIN (Knoll)

Antipyrin-Eisenchlorid ohne Aetzwirkung bei Genitalblutungen.
Haemostaticum, bei Nasen-, Magen- und bes. bei Genitalblutungen, bei Lungenblutungen in Form von Inhalationen.

KNOLL & Co, Ludwigshafen a. Rh.

Dr. von Sohlern's Heilanstalt

in Bad Kissingen,

für Magen-, Darm- und Stoffwechselkranke. Entfettung und Mastkuren. Grösstes und ältestes klinisch geleitetes Institut am Platze.

Geöffnet vom 1. April bis 15. October.

Prospecte gratis.

Dr. Freiherr von Sohlern.

(68) 16—16.

Leprosorium zu Riga.

Die Stelle des Anstaltsarztes ist am 1. October a. c. neu zu besetzen.

Jahreseinkommen: zweitausend (2,000) Rbl. bei freier Station und Benutzung der Anstaltsequipage.

Kenntniss der drei örtlichen Sprachen (russisch, deutsch, lettisch) erwünscht.

Die Bewerber werden ersucht ihre Meldungen beim Rigaschen Armenamt (Коммиссія по призрѣнію бѣдныхъ). Polizeikasernenhof 5. Bis zum 20. September einzureichen. (116) 1—1.

Dr. Navrátil's.

Curanstalt „Bellaria"

in Arco,

der wärmsten klimatischen Station Süd-Tyrols, für chronisch Kranke, Reconvalescenten etc.

Prosp. u. jegliche Auskunft auf Wunsch.

(115) 6—1.

Meran, Südtyrol.

Saison: September bis Mai.

Dr. R. Binder

ordinirt wie seit Jahren.

Villa Gothensitz, Habsburgerstrasse.

(114) 4—1.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Дозв. ценз. Спб., 6 Сентября 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. —Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 37 St. Petersburg, 15. (28.) September 1901

Die Prostataerkrankungen in ihrer Beziehung zum Gesammtkörper.

Von

Dr. Matthias Hirschberg,

Mitau.

(Vortrag, gehalten auf dem XIII. Livl. Aerztetage zu Riga.)

Meine Herren!

In neuester Zeit, besonders von da ab, wo Brown-Séquard und Arsonval auf die innere Secretion der Drüsen aufmerksam gemacht hatten, ist das Studium auch früher nebensächlich scheinender Drüsen in ihrem Einfluss auf den übrigen Körper mehr in den Vordergrund gerückt. Einmal angeregt, hat sich dieses Interesse nicht allein auf die secretorischen Verhältnisse beschränkt, sondern auch auf andere Beziehungen physiologischer und pathologischer Natur ausgedehnt. — Man führt auch heute gewisse specifische klinische Allgemeinsymptome auf die Erkrankung bestimmter drüsiger Gebilde zurück.

In die Reihe dieser Drüsen wird auch die Prostata gestellt, welche mit ihren drüsigen ganz, mit ihren Muskelbestandtheilen bis auf die Fasern, die aus der Blase stammen, dem Sexualapparat des Mannes angehört.

In den Specialwerken, welche sich mit Prostataerkrankungen beschäftigen, ist auf den Allgemeinzustand zu wenig eingegangen. Auch sind daselbst die neueren physiologischen Untersuchungen, die sich noch zerstreut in medicinischen Zeitschriften finden, nicht aufgenommen.

Es kann sich somit auch nur um einen Versuch handeln, wenn ich es unternehme, die wesentlichsten Beziehungen der kranken Prostata zum Gesammtkörper zusammenfassend darzustellen und die Allgemeinsymptome der Prostatakrankheiten zu betonen.

Um im engen Rahmen und in kurz bemessener Zeit sich in der grossen Menge der Prostatakrankheiten leichter zu orientiren, thut man gut, einen Unterschied zu machen zwischen solchen, welche specifisch durch das Wesen der Drüse beeinflusst werden und solchen, welche zufällig an dieselbe gebunden sind. — Von diesem Gesichtspunkte aus mögen in Folgendem an vier Krankheitsbildern oder Gruppen die Prostatakrankheiten besprochen werden.

Die erste Gruppe umfasst die rein localen. Hier finden wir die, wegen der Lage, seltenen Verletzungen, gutartige Tumoren, Steine und Missbildungen. Es sind Zustände, welche ohne auffallende Fernwirkung auf den Gesammtorganismus bleiben.

Weit mehr Beziehungen zu ihm weist die zweite Gruppe auf, obgleich auch sie nicht direct von der physiologischen oder vitalen Eigenart der Drüse abhängt. — Die Aetiologie dieser Krankheiten ist theils in den Infectionsträgern — Eitercoccen, Gonococcus, Tuberkelbacillus und Bacterium coli —, theils im Carcinom gegeben.

Bekanntlich veranlasst der Gonoccocus Neisseri am häufigsten im Verlauf einer acuten oder subacuten Gonorrhoe acute Entzündungen der Prostata. Auch ebnet er den übrigen Eitererregern und dem Bacterium coli den Weg. Allein oder meist mit jenen zusammen ruft er den glandulären Catarrh, den Abscess und die Phlegmone hervor. — Diese Varianten der acuten Prostatitis machen ausser localen und nachbarlichen Erscheinungen subjectiver oder objectiver Art deutliche Allgemeinsymptome. — Haben wir es einerseits mit localen und durch die Nachbarschaft der Blase bedingten Ereignissen zu thun, nämlich Harnverhaltung, Schmerz nach dem Uriniren, der Defäcation und beim Palpiren, — so weisen andererseits das Fieber, die Schüttelfröste, der Kopfschmerz, die belegte Zunge und Abgeschlagenheit auf das Mitergriffensein des Gesammtkörpers hin. Diese Symptome, welche für infectiöse Allgemeinerscheinungen wohl charakteristisch sind, haben aber nichts besonders Eigenartiges, was die Prostata als solche auffallen machen könnte. Von örtlichen Bedingungen abgesehen, unterscheiden sich die Allgemein-

symptome in Nichts von denen gleicher Erkrankungen an anderen Organen.

Aehnliches lässt sich auch vom Einfluss des Prostata-Carcinoms und der Prostata-Tuberkulose auf den übrigen Körper sagen. — Das Carcinom ist meist ein primäres und in ca. 8 pCt. der Fälle ein secundäres (Picard). Letzteres stammt meist aus der Nachbarschaft und ist selten aus fernliegenden Organen metastasirt.

Die Allgemeinsymptome werden durch das Wachsthum des Tumors und die Infiltration der Lymphdrüsen bedingt. Der Druck ruft Darm- und Harnbeschwerden, Hämorrhoidalzustände, Oedeme, Phlegmasien und besonders schwere und schmerzhafte Beziehungen zu den Sacral- und Lumbalnerven hervor, welche auch mit Paraplegien verbunden sein können. — Der allgemeine Zustand hängt, wie bei der Carcinose überhaupt, von der Dauer der Krankheit ab; nach einiger Zeit weisen die Kranken die Erscheinungen allgemeiner Krebscachexie und Erschöpfung, oft als Folge häufiger und intensiver Blutungen, auf (Guyon).

Was die primäre Prostata-Tuberkulose in ihrer Beziehung zum Gesammtkörper betrifft, so lässt sich auf sie die reicher Erfahrung entsprungene Anschauung Guyon's über die Urogenital-Tuberkulose anwenden. Die primäre, verhältnissmässig als solche seltene, Prostata-Tuberkulose zeigt wenig Tendenz zur Verallgemeinerung. Man muss sich in Folge dessen auch wohl hüten, durch unnützes chirurgisches Eingreifen und Katheterisiren Schaden zu stiften und sie zu disseminiren. Von den Beziehungen schon früher an anderen Organen aufgetretener Tuberkulose zur Prostata sehen wir ab.

Es ergiebt sich somit, dass auch diese zweite Gruppe trotz der bedeutenden Allgemeineinflüsse während des oft raschen und ernsten Verlaufes ihrer Erkrankungen keinerlei Specifität von Seiten der Drüse bemerken lässt, soweit die Allgemeinsymptome in Betracht kommen.

Anders ist es mit den zwei folgenden — wohl wichtigsten Prostata-Erkrankungen: der Prostata-Hypertrophie einerseits und der Prostatis chronica andererseits.

Es sind das Krankheiten, die durch Gebundensein an specifische Prostatazustände, auch specifische Beziehungen zu anderen Organsystemen des Körpers unterhalten.

Die Prostata-Hypertrophie hat mit der Entzündung, mit der sie früher zusammengeworfen worden ist, nichts ätiologisch noch pathologisch Gemeinsames, eher schon mit gutartiger Tumorbildung.

Die Neubildung ist hier nicht heterologer Art, sondern besteht nur in einer ungewöhnlichen Entwickelung der normalen Gewebselemente (Thompson).

Das ist auch im Princip in der Namengebung früherer Autoren ausgesprochen. Harrison und Socin sprechen von Myomen oder Fibromyomen, Le Dentu nennt sie einen benignen Tumor (Picard: Traité de maladies de la prostate. 1896). Heute wird die Prostata-Hypertrophie, besonders nach dem Vorgange Guyon's, als eine Hypertrophie des gesammten Harn- und Sexualapparates von der Harnröhrenmündung bis in die Nieren hinauf mit Bevorzugung der Prostata aufgefasst.

Ein solcher Zustand weist darauf hin, dass im Körper wichtige Veränderungen vorausgegangen sein müssen, damit sich die Hypertrophie so wichtiger Organsysteme entwickeln kann.

Guyon spricht hierbei von Prostatikern schlechthin. Wenn man an das Alter, als Aetiologie, denkt, wo das functionelle Gewebe im Allgemeinen dazu neigt, sich durch minderwerthiges Bindegewebe zu ersetzen, oder an die Arteriosclerose, so bleibt immer noch die Frage bestehen, warum ist hierbei gerade die Prostata bevorzugt? Man sieht doch viele Greise und Arteriosclerotiker, welche keine Prostatiker sind. Es giebt vielleicht in der Prostata specifische Momente physiologischer und biologischer Natur, die zur Prostata-Hypertrophie führen. — Thatsächlich haben wir einige Theorien, die in dieser Hinsicht unserem Causalitätsbedürfniss zu genügen versuchen.

Thompson zieht die Aehnlichkeit des Uterus, die Myombildung und das excessivere Wachsthum von gutartigen Tumoren in der zweiten Hälfte der reproductiven Periode beim Weibe zwischen 35 und 58, beim Manne zwischen 50 und 70 Jahren zum Vergleich heran, um die Prostata-Hypertrophieentwickelung pathologisch-anatomisch zu erklären. (Erkennung und Behandlung der Prostatakrankheiten von Henry Thompson. Erlangen 1867.)

Guyon hat die Unhaltbarkeit dieser biologischen Aetiologie bewiesen.

Eine andere Theorie, welche auch ätiologisch die Beziehungen der Prostata als secretorisches Organ zum Gesammtkörper berücksichtigt, zieht die Vergrösserung der Schilddrüse zum Vergleich heran.

Die Prostata liefert zusammen mit anderen Drüsen-Testikeln etc. — das Sperma. Dieses enthält bestimmte Substanzen, z. B. Spermin, aber auch noch andere, welche ebenso nöthig für das genitale Centrum, wie gewisse organische Jodverbindungen für das intelectuelle sind. — Versagen die Testikel im Alter theilweise ihren Dienst, so muss die Vorsteherdrüse eintreten, sie muss mehr Arbeit leisten und compensatorisch hypertrophiren. (Friedländer: Deut. Medic. Wochenschrift. 22. Dec. 1898.) Freilich darf, wie bei der beiderseitigen Castration, nicht absolute Geschlechtslosigkeit und völlige Unterbrechung der Leitungsbahnen eintreten, wie es of bei der galvanokaustischen Behandlung nach Bottini und der Resection des Samenstranges geschah. (Lennander: Centralbl. f. Chirurgie. № 22, 1897.) Dann atrophirt die Prostata eher.

Wenn auch die entschiedenen organo-therapeutischen Erfolge (Englisch: Wiener Klinik, April 1897; Reinert: Deut. Medicin. Wochenschrift 1895, № 17) und manche chirurgische Eingriffe für obige Erklärung der Entstehung der Prostata sprechen, so enthält auch sie Widersprüche; so sind z. B. die Hypertrophien mit vorwiegender Betheiligung des Drüsengewebes seltener als die fibro-muskulären.

Im Ganzen scheinen die gegenwärtigen Ansichten über die Aetiologie der Prostata-Hypertrophie grösstentheils noch nicht fest begründet zu sein.

Ebenso ist die Frage, in wie weit Zustände des Gesammtkörpers — Alter, Arteriosclerose, sexuelle Verhältnisse — zur Entstehung der Prostata-Hyperthropie in Beziehung stehen, bis heute unerklärt.

Erklärlicher sind die Einflüsse der Prostata-Hypertrophie auf den Körper, wenn sie sich schon zum characterischen Bild dieser Krankheit ausgebildet hat.

Die meisten Allgemeinsymptome sind durch die ursprünglich mechanische Behinderung von Seiten des Harnapparates bedingt, einige sind aber merklich specifischer Natur.

Folgen wir den drei klassischen Stadien Guyon's in der Prostata-Hypertrophie, so enthält das erste vorbereitende wenig auffallende Allgemeinerscheinungen.

Im zweiten Stadium der incompleten oder completen Harnretention besteht eine besondere Alteration des gesammten Gefässsystems.

Es liegt hier auch die grössere Gefährlichkeit für den Prostatiker vor, sich grösseren Operationen zu unterziehen.

In Folge des vorliegenden Congestivzustandes kann eine übermässige Quantität eines an sich harmlosen Getränkes die unangenehmsten Folgen haben, weswegen man auch mit Brunnenkuren bei Prostatikern vorsichtig

sein muss (Guyon). Dazu kommen die bekannten mechanischen Störungen mit ihren Folgezuständen.

Neben der grösseren quantitativen Harnabsonderung etabliren sich bei den geringsten ungünstigen Verhältnissen Blasen-, Nierenbecken-, Nierenentzündungen, catarrhalischer oder oft eitriger Natur.

Besonders in Betracht zu ziehen sind aber die Allgemeinsymptome bei der incompleten Harnverhaltung der Prostatiker. Manchmal zwingen sie erst auf die Hypertrophie zu fahnden.

Im Vordergrund stehen: Verdauungsstörungen, Durst, Abmagerung, trockene Zunge und Fieber.

Die dritte Periode, in der die Blase und das Nierenbecken distendirt ist, wird beherrscht von einer Steigerung der Verhältnisse der zweiten Periode. Fast immer kommt Dilatation des Herzens hinzu. Urämische Zustände und Symptome von Seiten der Niere bilden oft den terminalen Ausgang oder die Kranken gehen an allmählichem Marasmus oder an intercurrenten Krankheiten, gegen welche die Prostatiker weniger widerstands fähig sind, zu Grunde.

Im Ganzen ist die Prognose der Prostata-Hypertrophie, wenngleich sie auch sehr langsam verläuft, eine ernste. Auch wenn sie nur auf die ersten Stadien beschränkt bleibt. Der Gesammtzustand ist alterirt.

Selbst in den günstigsten Fällen kommen lokale und allgemeine Zufälle von oft grosser Schwere vor, die sich in der Niere und Blase abspielen und die nicht etwa allein unter der bestehenden Behinderung des Urinabflusses sich entwickeln, sondern ebenso auch dann auftreten, wenn die Kranken ihre Blase vollständig entleeren können. (Guyon.)

Der Prostata-Hypertrophie schliesst sich in der Reihe specifischer chronischer Prostataerkrankungen — die chronische Entzündung der Drüse — die Prostatitis chronica an.

Auch sie hat sich zu einem ganz eigenartigen Symptomenbild von nicht allein örtlicher, sondern auch allgemeiner Bedeutung ausgebildet. Meist hat sie ihren letzten Grund in der Gonorrhoe. Sie geht aber nicht immer aus derselben hervor; ebenso wie sie nicht immer die Folge einer acuten Prostatitis ist, besonders da, wo sie nach öfteren Reizungen durch Masturbation und häufig geübtem incompleten Coitus zwischen Hyperämie und ausgesprochener chronischer Entzündung zu stehen kommt. (Grünfeld.) Um die Einwirkung der Prostatitis chronica auf den Körper zu würdigen, ist es nöthig ein wenig ihre Statistik zu kennen. Sie ist abhängig von der engeren oder weiteren Fassung dieses Begriffes auf anatomischer oder klinischer Grundlage. Dieser erweitert sich bedeutend, wenn man noch den Samenhügel mit seinen Gebilden dazu rechnet, wozu man nach Thompson wenigstens anatomisch berechtigt ist; denn nach ihm entbehrt die anatomische Begrenzung der Prostata scharfer Merkzeichen. Guyon glaubt klinisch sogar nur von einer Urethro- oder Cystoprostatitis sprechen zu müssen, und zwar wegen der gewöhnlichen Mitbetheiligung der hinteren Harnröhre und des Blasenhalses.

Heute gehen bekannte Urologen, wie z. B. Caspar, soweit anzunehmen, dass von 100 Fällen chronischer Gonorrhoe 80 pCt. Prostatitis chronica mit Sicherheit zur Folge haben. (Berliner Klin. Wochenschrift № 46, 1900.)

Von diesen 80 pCt. Prostatiden wird wiederum eine recht grosse Ziffer das Allgemeinbefinden mehr oder weniger beeinflussen. Freilich hält Fürbringer diese hohen Ziffern für Uebertreibung und die Prostatitis chronica für eine seltene Erkrankung. Er rechnet nur die Fälle von ausgesprochener Entzündung des Drüsengewebes hierher. (Berl. Klin. Wochenschr. № 46, 1900.)

Das wichtigste objective Symptom einer reinen glandulären chronischen Prostatitis ist der Befund des veränderten Prostatasecretes, welches exprimirt werden muss oder als Prostatorrhoe oft nach der Defäcation erscheint. Betreffs der Prostatorrhoe sind viele Detailfragen noch strittig — so über periphere und centrale Nerveneinflüsse auf dieselbe, über die Häufigkeit gegenüber der Spermatorrhoe und über die Reaction des kranken Prostatasaftes. Der normal sauer reagirende Prostatasaft verleiht den Spermatozoen lebhaftere Bewegung; der kranke, welchem vermehrte Epithelien, Eiter, Bacterien und Blut beigemengt ist, kann dagegen Bewegungsverlangsamung und Nekrospermie hervorrufen. Nicht unmöglich ist es, dass der chronische Verlust oder die krankhafte Veränderung dieses specifischen belebenden Secretes nicht ohne Einfluss auf den Gesammtkörper bleibt und zu ihm in wichtiger Beziehung steht. Gerade in den Böttcher'schen oder Prostatakrystallen ist auch das wesentliche dynamogene Princip des von Poehl fälschlich benannten Spermins enthalten (Fürbringer). Diese Krystalle scheinen aber ihre Wichtigkeit im Haushalt des Körpers noch dadurch zu documentiren, dass sie auch, wenngleich in viel geringerem Masse als aus dem Prostatasecret, aus anderen Drüsensäften des Körpers und den Leukocyten gewonnen werden können (Landois). Schreinersche Base: (Gl. Thyr., Milz, Ovarium, Pankreas). Brieger's Cadaverin — ein ungiftiges Leichenalkaloid.

Vielleicht wird auch die Organo-Therapie, gestützt auf obige Voraussetzung bei der chronischen Prostatitis von Erfolg begleitet sein dürfen, wie sie übrigens auch schon versucht worden. (Dermat. Centralbl. № 4, 1888. Dr. H. Oppenheimer).

Ultzmann schreibt dem entarteten Secret den Nerventonus herabsetzenden und lähmenden Einfluss zu. (Ultzmann: Potentia generandi. Wien 1883.) Man wird somit bei der geschwächten Potenz, welche beim längeren Bestehen einer chronischen Prostatitis angetroffen wird, neben psychischen Momenten auch an die geschwächte Leitungs- und Leistungsfähigkeit der peripheren Nervenbahnen denken müssen. Dieses spielt jedoch schon hinüber in die Beziehungen, welche die Prostatitis chronica zum Nervensystem hat.

Wenn man auch bei Prostatitis chronica ausser dem veränderten Secret hier und da Unebenheiten an der Drüsenoberfläche herauspalpiren kann, wenn auch noch die Endoskopie und die Harnuntersuchung manche objective Anhaltspunkte geben, — so sind im Ganzen und Grossen die objectiven Befunde zu geringfügig, um die subjectiven, localen und Allgemeinbeschwerden mit ihnen in Einklang bringen zu können. Es etablirt sich oft ein eigenthümlicher nervöser Allgemeinzustand, welcher sich bei mit Prostatitis chronica längere Zeit Behafteten bemerkbar macht.

Man greift in ein noch verhältnissmässig dunkles Gebiet, wenn man sich orientiren wollte, inwiefern die Prostata an sexuell nervösen Leiden Antheil hat.

Nach Barucco gehört die Prostata zu jenen bestimmten Organen, welche hinsichtlich ihrer grossen functionellen Wichtigkeit für den ganzen Körper als Reflexcentren zu betrachten sind. Als sehr nervenreiches sowohl mit dem centralen als mit dem sympathischen Nervensystem in Verbindung stehendes Organ, wie es die Prostata ist, hängt sie mit vielen anderen Centren, besonders aber mit dem Gehirn und Verdauungsapparat zusammen. (Nervensystem: Plexus hypo-

gastr. des Sympathicus. Sacral- und Lumbarnerven. Im Lendenmark: Centrum genito-spinale.)

Eine Prostatitis chronica ist demnach in Folge der reizbaren Schwäche der Reflexbahnen im Stande auf hereditär neuropathischer Grundlage Neurosen mit Symptomen von Seiten der Sexualsphäre hervorzurufen oder die Disposition zur sexuellen Neurasthenie zu schaffen. (v. Barucco: Sexuelle Neurasthenie in ihrer Beziehung zu den Krankheiten der Geschlechtsorgane). Bekannt ist es, dass auch Beard der reizbaren Prostata wesentlichen Antheil an der Entstehung der sexuellen Neurasthenie beilegte. — Die heutigen Neurologen schreiben der Prostatitis chronica nebensächlichere Bedeutung für das Zustandekommen der sexuellen Neurasthenie zu. Aber die Erklärung für manche gerade unmittelbar erst während einer Prostatitis chronica auftretende Allgemeinerscheinungen nervös-reflectorischer Natur bleiben sie schuldig. Es seien hier nur genannt die localen Neuralgien der Harnröhre, der Hoden, das Jucken am After und die entfernteren Reflexneurosen: Urina spastica, Phosphaturie, Potenz-, Verdauungsstörungen etc.

Man möchte hier mit Zugrundelegung der Prostata, als sexual centralen Nervenmittelpunkt, auf den Mann mutatis mutandis dasselbe anwenden, was Löwenfeld von der Frau sagt:

Wenn wir auch Alles in Abzug bringen, was von den Behauptungen über nervöse Folgezustände der speciellen Sexualleiden einer strengen Kritik nicht Stand hält und was strittig ist, bleiben letztere doch als ein sehr beachtenswerther Factor unter den Ursachen der nervösen Affectionen bestehen. (Löwenfeld: Sexualleben und Nervenleiden. 1899.)

Meine Herren! Mit Obigem habe ich es versucht, die Krankheiten der Prostata in ihrem Verhalten gegenüber dem Gesammtkörper in den wesentlichsten Punkten auseinanderzusetzen und so die Prostata jenen Drüsen — Schilddrüse, Nebenniere, Hypophisis — anzureihen, deren Einfluss auf den Haushalt des Körpers heute gewissermassen «als moderne Fragen» immer häufiger discutirt wird.

„Praktischer Arzt und Specialist".

Eine Frage unseres collegialen Berufslebens.

Von

Dr. med. Otto Waeber.

(Vortrag, gehalten auf dem XIII. Livl. Aerztetage zu Riga am 20. Juni 1901.)

Meine Herren! Ein hochgesinnter baltischer Edelmann hat einmal das Wort gesprochen: «Nicht die Rechte, die wir ausüben, sondern die Pflichten, die wir uns selbst auferlegen, bestimmen den Werth des Menschen». Dieses Wort dürfte in bedeutsamer Weise auch auf diese unsere heutige kurze Betrachtung Anwendung finden. Haben wir es uns stets schon vor Augen zu halten bei unseren Beziehungen zu unserer Clientel, obgleich hier ja leider in Folge wenig erfreulicher äusserer Verhältnisse unsere Rechte auf ein Minimum reducirt, unsere Pflichten dagegen, man könnte fast sagen ad Maximum gesteigert sind, um wie viel mehr sollte es Geltung haben bei Verhältnissen, wie sie innerhalb unseres Berufsstandes sich herausgebildet haben, und bei denen die Masse von erworbenen und eingeräumten Rechten Anspruch hat in Einklang gebracht zu werden mit den selbst auferlegten Pflichten. Hier, wie überall bei Beziehungen unter Berufsgenossen zu einander, die einen Anspruch auf den Begriff der Collegialität erheben, wird stets jenes feinere Empfinden eine hervorragende Rolle spielen, das wir mit dem Worte «Tact» bezeichnen, welcher als etwas Individuelles dem einen zwar mehr, dem anderen weniger eigen, immerhin nur gefördert und entwickelt werden kann durch aufrichtiges und ehrliches Streben nach jenem Ausgleich. Ich bin durchaus der Ansicht, dass neben Absichtlichkeit und Uebelwollen vielfach gerade die Hintansetzung des Tactes, Unachtsamkeit, ein sich nicht klar werden über die Folgen seiner Handlungsweise, eine Verkennung dessen, was uns Allen in unserem Berufsstande Noth thut, die Missstände gezeitigt haben, die heute bedauerlicher Weise in den Beziehungen der praktischen Aerzte zu den Specialisten sich herausgebildet haben.

Wie ist nun überhaupt der Specialist enstanden? Es sind nur wenige Jahrzehnte her, dass dieser Begriff, wenigstens bei uns zu Lande, ein ziemlich unbekannter war. Abgesehen von den Professoren der einzelnen medicinischen Disciplinen an unserer Landesuniversität, gab es vor etwa 40—50 Jahren, so viel mir bekannt ist, ausser dem Ophthalmologen Waldhauer und dem Otologen Porten in Riga, in Liv-, Est- und Kurland wohl kaum einen Specialisten. Alle anderen Aerzte waren einfach «Praktische Aerzte», von denen hie und da der Eine eine Branche vielleicht besonders cultivirte, ohne jedoch auf den Titel und die Stellung eines Specialisten Anspruch zu machen. Bei den patriarchalischen Zuständen, wie sie damals bei uns in Stadt und Land herrschten, wo jeder seinen Hausarzt hatte, in dem er gleichzeitig den vertrauten Freund seiner Person und seines Hauses sah, war das Vertrauen zu dem Arzt ein grösseres, das Verlangen, auch andererseits sich vorkommenden Falls ärztlichen Rath und Hilfe zu holen ein dementsprechend geringeres. Unsere Universität legte bei der Ausbildung der jungen Aerzte in richtiger und den Verhältnissen Rechnung tragender Weise den ganzen Werth des Studiums auf eine möglichst gleichmässige Ausbildung in allen Disciplinen, die sie bei den damaligen beschränkten ihr zu Gebote stehenden Mitteln cultiviren konnte, und nur auf dem Gebiete der Chirurgie und der Geburtshilfe konnte der junge Arzt, wenn er sich den allgemeinen Grad eines Doctors der Medicin erworben, durch ein besonderes und recht schwieriges Examen einen besonderen akademischen Grad, den eines Doctors der Chirurgie oder eines Accoucheurs erwerben, und hatte dann das Recht, auch in der Praxis diesen Titel zu führen. Es kam solches aber meines Wissens nur äusserst selten und als Ausnahme vor.

War es nun einmal der enorme Aufschwung und die um-fassenden Fortschritte, welche die medicinische Wissensch[...] in all ihren Disciplinen im Laufe der letzten Decen[...] machte, die es dem Einzelnen fast kaum ermöglichten, ge-dauernd auf der Höhe aller Disciplinen zu halten, so war[...] es zum Andern auch die allmählich sich verändernden Le-bensverhältnisse, die Erleichterungen des Verkehrs, das An-wachsen der Städte durch den Zuzug neuer und fluctuirender Elemente, die gesteigerte Concurrenz wie auf allen Gebieten des Berufslebens so auch auf dem ärztlichen, die einen Theil der Collegen dazu veranlassten, sich nach Absolvirung der Universität Specialstudien zuzuwenden und sich nachher dann in praxi als Specialisten zu etabliren.

Die Möglichkeit, sich intensiver und productiver wissenschaftlich beschäftigen zu können, und dadurch mehr Befriedigung in seiner Thätigkeit zu finden, das Streben nach möglichster Vervollkommnung wenigstens auf einem wenn auch beschränkten Gebiet, die Aussicht und die Chance bei dem erschwerten Kampfe um die Existenz eine festere Position zu gewinnen dadurch, dass man wenigstens in einer bestimmten Richtung etwas vor Anderen voraus hatte, und endlich das Bestreben, der Neigung und Nachfrage des Publikums durch das entsprechende Angebot zu genügen, waren hier die massgebenden Factore.

Anstatt nun den Verhältnissen Rechnung zu tragen, anstatt es zu versuchen, der einen nun einmal vorhandenen Strömung ihre guten Seiten abzugewinnen und sich gewissermassen ihrer zu bemächtigen, machte nun ein grosser Theil der Aerzte aus der älteren Generation den bedauerlichen Fehler, dieser neuen Richtung ein offenes oder verstecktes Misstrauen entgegen zu bringen.

Der uns Allen hier zu Lande eigene, oft ein wenig starre conservative Sinn, die Befürchtung sich in den Hintergrund und in schwierige materielle Verhältnisse gedrängt zu sehen, spielten hier wohl eine nicht geringe Rolle.

Dass auch von der anderen Seite Vieles versehen wurde, ist gleichfalls eine nicht abzuleugnende Thatsache. Ohne Verständniss für die Schwierigkeiten und die Misere des praktischen ärztlichen Berufslebens und ohne das Bestreben, sich in die Situation der anderen oftmals schwer geschädigten praktisch thätigen Collegen hineinzuversetzen, trat leider nicht vereinzelt und manches Mal nach nur 6—8wöchentlicher Beschäftigung mit einem Specialfach an einer ausländischen Universität der junge College ins Leben und etablirte sich als Specialist. Nur zu oft von der Wichtigkeit und Grösse seiner Specialität erfüllt, die für ihn das A und das O medicinischen Könnens enthält, getragen von der Gunst des grossen nicht immer ganz kritischen Publikums, das ihm gewöhnlich gerade in der ersten Zeit in reichem Masse zu Theil wurde und ihn materiell über eine grosse Zahl seiner Collegen hinweghob, liess er sich dazu verleiten, mit einer

gewissen Geringschätzung auf Diejenigen hinunterzusehen, die seiner Meinung nach weniger vollkommen waren als er, und mit schwerer Mühe und mit von ihm nicht geahnten und verstandenen Kämpfen, als sogenanntes Mädchen für Alles, ihr täglich Brod verdienten. Verstand er es nun garnicht sich zurückzuhalten, oder brachte ihn gar das Bestreben, sich seine autoritative Stellung zu erhalten, dazu, dem Publikum gegenüber dieser Geringschätzung durch Wort oder That Ausdruck zu geben, so musste das ebenso eine berechtigte und schwere Verstimmung der betreffenden Collegen, wie eine fast unheilbare Schädigung und Herabsetzung des ganzen ärztlichen Standes zur Folge haben. Und die Verstimmung war um so intensiver, als sehr oft schutzlos der praktische Arzt solchem Gebahren gegenüber stand. Eine Reaction war ihm vielfach gar nicht möglich und wenn sie möglich war, so war die Folge im höchsten Falle eine persönliche Genugthuung, die Schädigung in den Augen des Publikums hatte er weg, und die Folgen derselben machten sich ihm früher oder später fühlbar.

Ist es da ein Wunder zu nennen, dass der Stand der Specialisten bei den Praktikern in Miscredit gerieth und vielfach von ihnen Spreu und Weizen nicht mehr geschieden wurden.

Wie sollte nun wohl und wie könnte den bestehenden Missständen gesteuert werden. Eine grosse den gesammten Aerztestand umfassende corporative Organisation, die im Stande wäre, erfolgreich durch ihren moralischen Einfluss einzugreifen, giebt es bei uns nicht. Unsere Gesetzgebung verlangt zwar von dem Arzt, der sich als Specialist für eine Krankheitsbranche niederlassen will, einen gewissen Befähigungsnachweis, stellt es aber andererseits frei oder kann es vielmehr nicht hindern, dass jeder Arzt jederzeit auf seine Thüre schreibt und in den Zeitungen inserirt: «Specieller Empfang für die und die Krankheiten». Das Publikum wird und weiss wohl kaum diesen Unterschied zu unterscheiden und hält ebensowohl den Einen wie den Anderen für einen Specialisten. Ebensowenig kann unsere augenblickliche Gesetzgebung es verhindern, dass derselbe Arzt sich für mehrere Specialitäten, die in keinerlei wissenschaftlich gerechtfertigtem Zusammenhang stehen, annoncirt, ebensowenig, dass er praktischer Arzt und Specialist zugleich ist.

So kann es geschehen, dass derselbe Arzt laut seiner in verschiedenen Tagesblättern erlassenen Annoncen sich Vormittags als praktischer Arzt, Nachmittags als Specialist für Chirurgie und Abends als Specialist für Geschlechtskrankheiten annoncirt. So kann es geschehen, dass ein Arzt sich in einem Ort niederlässt, und um sich beim Publikum gut einzuführen speciellen Empfang von chirurgischen und Frauenkrankheiten anzeigt, und nachdem ihm sein Vorgehen den erhofften Erfolg gebracht, die Specialannonce weglässt und sich, nachdem er eingesehen, dass Letzteres praktischer, nunmehr als praktischer Arzt etablirt.

Eine wie bedenkliche Schädigung ein solches Vorgehen für den wirklichen Specialisten, der vielleicht viel Zeit, Mühe und materielle Mittel zu seiner Ausbildung verwandt hat, und eine wie bedeutende Einbusse für die praktischen Aerzte muss ein solches Gebahren mit sich bringen; abgesehen von dem Beigeschmack unlauteren Wettbewerbes, den es doch offenbar hat.

Ein weiterer Vorwurf, den man oft von beiden Seiten aussprechen hört, ist der, dass der Specialist dem praktischen Arzt vorwirft, er überweise ihm zu wenig und behandle selbst zu viel Specialfälle, und umgekehrt verdenkt es der praktische Arzt dem Specialisten, wenn er nicht nur seine Specialfälle behandelt, sondern auch noch anderweitige allgemeine Praxis betreibt. Dass eine genaue Abgrenzung hier nicht möglich ist, liegt auf der Hand.

Was sollte wohl dabei herauskommen, wenn der praktische Arzt verpflichtet wäre, jeden Furunkel und jeden eingeschnittenen Finger an den Chirurgen, jede Geburt an den Accoucheur oder Frauenarzt, jedes kranke Kind an den Kinderarzt, jede catarrhalische Conjunctivitis an den Ophthalmologen, jede acute Heiserkeit an den Laryngologen und jeden Magenkranken an den Specialarzt für Magenkrankheiten zu verweisen. Würde er nicht bei consequenter Handlungsweise nach dieser Richtung in die überflüssige Rolle des Auftraggebers darüber hinabsinken, an wen gegebenen Falles sich ein Kranker zu wenden habe. Ich glaube, dass diesem Moment die Specialisten bei ihren Vorwürfen viel zu wenig Rechnung tragen. Ebensowenig kann ich freilich das Anverlangen an den Specialisten, den Gynäkologen, den Chirurgen, den Ophthalmologen berechtigt finden, er solle, sobald es sich um irgend einen therapeutischen Eingriff handelt, der nicht direct in seine Branche fällt, den Kranken an einen anderen Collegen verweisen. Müsste dadurch nicht mit der doch gewiss wünschenswerthen und erforderlichen Einheitlichkeit der Behandlung zugleich das Vertrauen zum Arzt in bedenklicher Weise gefährdet werden.

Kommen wir da nicht consequenter Weise zu jenem Detailhandel mit Specialitäten, wie ihn die Zeitschriften in ihren Annoncen von dem Arzt, der sich als Specialist für Krankheiten des Mastdarmes mit Ausschluss der Analöffnung annoncirt, in trefflicher Weise gegeisselt haben.

Ich glaube, dass dieser Punkt am Besten seine Erledigung fände durch allseitiges consequentes Sichhalten an den Begriff des Specialisten, wie er in unserer vom livl. Aerztetage ausgearbeiteten und von einem grossen Kreise von Aerzten und mehreren ärztlichen Vereinen acceptirten Gebühren-Ordnung festgesetzt worden ist. Hier halten sich in gerechter Weise die eingeräumten Rechte und die auferlegten Pflichten die Waage. Nur wenn die Erkenntniss sich Bahn bricht, dass die praktischen Aerzte und die Specialisten gegenseitig auf einander angewiesen sind und sich ergänzen sollen zum Wohle ihrer Kranken, nur wenn das Bestreben immer mehr Platz greifen wird, sich zu stützen nicht nur unter einander, sondern auch dem Publikum gegenüber; nur wenn wir Alle gerecht genug sind, einzusehen und einzugestehen, dass es viel schwerer ist heutzutage ein tüchtiger praktischer Arzt zu sein als ein Specialist, nur dann werden bessere Verhältnisse Platz greifen.

Zu Hilfe kommen müsste uns dann noch die Gesetzgebung, indem sie das Annonciren der speciellen Empfangstunden klipp und klar verbietet, indem sie vom Specialisten in allen Fällen einen bestimmten Befähigungsnachweis entweder durch ein besonders abzulegendes Examen, oder durch den Nachweis einer wirklich erfolgreichen und auf ein Zeitminimum von wenigstens einem halben Jahre normaler wissenschaftlicher und praktischer Beschäftigung mit der betreffenden Specialität an einer Universität, oder durch Beides zusammen, Beschäftigung und Examen. Indem sie genau begrenzt, welche Disciplinen als Specialitäten gelten sollen und welche gleichzeitig von derselben Person ausgeübt werden können. Und indem sie endlich festsetzt, dass Jeder, der sich als Specialist etabliren will, erst eine Zeit lang (2—3 Jahre) als praktischer Arzt thätig gewesen sein muss.

Ich bin mir wohl klar darüber, dass durch solche Massnahmen das Sichniederlassen als Specialtst in bedeutendem Grade erschwert, ja Vielen unmöglich gemacht werden würde; ich sehe aber keinen anderen Ausweg und halte es für kein Unglück, weder für den ärztlichen Stand noch für das Publikum, wenn die Zahl der Specialisten, soweit dieselben sich als solche durch Annoncen documentiren, eingeschränkt wird. Wer tüchtig ist in einer Branche wird es sein und wird es bleiben, auch ohne die staatliche Genehmigung einer Annonce, und Anerkennung finden bei Collegen und Publikum.

Meine Herren! Wir sind hier eine grosse collegiale Gesellschaft, erfüllt von dem Drange uns unter einander zu helfen nach besten Kräften und unseren Stand zu fördern nach jeder Richtung, in der es Noth thut. Aehnlich wie wir denken auch andere grosse ärztliche Vereine im weiten Reich, davon habe ich durch glücklichen Zufall Gelegenheit gehabt mich zu überzeugen. Ueberall regt sichs in neuerer Zeit in unseren ärztlichen Kreisen. Mit Freuden muss Jeder von uns das begrüssen und daran die Hoffnung knüpfen, dass wir im Stande sind bei Fragen, die die ärztliche Gesammtheit betreffen, gemeinsam mit Anderen etwas zu erreichen. Lassen Sie mich die Hoffnung aussprechen oder wenigstens den Vorschlag machen, dass auch in dieser Frage der livl. Aerzteverein Stellung nehme und die Initiative ergreifen, mit anderen Aerztevereinen sich in Relation zu setzen und bei der hohen Staatsregierung in gehöriger Weise und im Sinne der obengenannten Vorschläge vorstellig zu werden.

Es sollte mich aufrichtig freuen, wenn bei einer etwaigen Discussion noch andere Vorschläge zu Tage treten sollten, und würde mir eine aufrichtige Genugthuung bereiten, wenn durch diese meine kurzen Erörterungen eine oder die andere Anregung gegeben worden sein sollte.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Waldheim: Die Serum-, Bacterientoxin- und Organpräparate. (Hartleben).

In dem vorliegenden, stattlichen Bande der chemisch-technischen Bibliothek findet sich in einer äusserst fleissigen Zusammenstellung Alles über die einschlägigen Fragen Wissenswerthe zusammengestellt. Wenn sich unter der grossen Fülle von den beschriebenen Verfahren auch sehr viel wissenschaftliche Spreu befindet, so ist doch oft nur das Bestreben des Verf. möglichst erschöpfend und umfassend jede einzelne Darstellungsmethode abzuhandeln die Veranlassung dazu gewesen. Das Buch verdient auch in den Kreisen der Aerzte Verbreitung.

Wichert.

I. Clarence Webster: Human Placentation. (Chicago. W. T. Keener & Co. 1901).

In diesem Buche behandelt der auf mikroskopisch-gynaekologischem Gebiete schon rühmlichst bekannte Forscher die menschliche Placentabildung in übersichtlicher Form. Durch die in jüngster Zeit publicirten Untersuchungen menschlicher Eier aus sehr früher Entwickelungsstufe durch Mertens, Peters, Leopold und A. sind unsere Anschauungen über die Entwickelung der Eihäute und Placenta wesentlich gefördert und zum Theil modificirt worden. Allen neuesten Forschungsergebnissen wird der Verf. gerecht und beschreibt in wirklich verständlicher Form die Decidua mit den in ihr vorgehenden Veränderungen, das Chorion nebst der Beziehung der Gefässe der Uterusmucosa zur intervillösen Circulation, endlich das Amnion und die Placenta selbst nebst ihrer Phylogenie. 233 Illustrationen, darin die überwiegende Mehrzahl eigene Mikrophotographien erleichtern das Verständniss. Der Stil ist leicht flüssig, die Darstellungsweise geradezu interessant, die Ausstattung des Buches prächtig. Die zahlreichen Vorzüge des Buches werden ihm zweifellos eine weite Verbreitung verschaffen.

W. Beckmann.

Vermischtes.

— Der Ober-Militär-Medicinalinspector, wirkl. Geheimrath Dr. Remmert hat einen 28tägigen Urlaub angetreten und wird während seiner Abwesenheit in der Ober-Militär-Medicinalverwaltung durch seinen Gehilfen Geheimrath Dr. Speranski und im Militär-Medicinischen Gelehrten Comité durch das rangälteste Mitglied vertreten.

— In Czenstochau ist auf Initiative des Dr. W. Bieganski eine medicinische Gesellschaft ins Leben gerufen und in diesen Tagen eröffnet worden. Der neue Verein zählt bereits 30 Mitglieder.

— Auf den vacanten Posten eines Prosectors beim Lehrstuhl für operative Chirurgie und topographische Anatomie an der Militär-Medicinischen Akademie ist Dr. Ssusslow, ein ehemaliger Zögling der Akademie ernannt worden.

— Die Akademie der Wissenschaften in Wien hat den Wiener emeritirten Professor der Balneologie Dr. Joseph Seegen, den Professor der Anatomie Dr. Gustav Rezius in Stockholm, sowie den Professor der vergleichenden Entwickelungsgeschichte Dr. Alexander Kowalewski in St. Petersburg zu correspondirenden Mitgliedern gewählt.

— Verstorben: 1) In Moskau am 30. August Dr. A. Billig im 34. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Odessa und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten. Die ärztliche Praxis hat er seit 1895 ausgeübt. — 2) In Uglitsch der frühere langjährige Stadtarzt Dr. Alexei Istomin im Alter von 70 Jahren. Der Verstorbene, welcher nach Beendigung des Cursus an der Moskauer Universität 45 Jahre in Uglitsch als Arzt in verschiedenen Stellungen gewirkt, am Krankenhause des Collegiums der allgemeinen Fürsorge, am Gefängniss, an der geistlichen Schule, beim Armenhause und Kinderasyl, bei mehreren Fabriken, erfreute sich in der Stadt einer grossen Beliebtheit. Neben seiner ausgebreiteten ärztlichen Thätigkeit fungirte er noch als Mitglied des Landschaftsamtes und Ehrenfriedensrichter des Uglitsch'schen Kreises. — 3) In Paris der Generalinspector des Sanitätswesens der französischen Marine Dr. Cunéo.

— Der Berliner Ophthalmologe Prof. Dr. Greef hat die Berufung auf den vacanten Lehrstuhl der Augenheilkunde an der Universität Rostock abgelehnt und ist nunmehr an den Bonner Privatdocenten Prof. Dr. Peters der Ruf ergangen, dem derselbe Folge zu leisten gedenkt.

— Die Mitglieder der britischen Commission zur Berathung über die Tuberkulose sind vom Könige bereits ernannt worden. Es sind die Professoren Michael Foster, Professor der Physiologie in Cambridge, Sims Woodhead, Professor der Pathologie in Cambridge, Mac Fadyean, Professor der vergleichenden Pathologie und Bacteriologie in London, und R. W. Boyce, Professor der Pathologie in Liverpool. Die Commission, in welcher Sir Michael Foster den Vorsitz führt, hat die Aufgabe zu untersuchen, ob die Tuberkulose bei Menschen und Rindern gleichartig und ob sie von den Einen auf die Anderen übertragbar ist, eventuell unter welchen Bedingungen solches möglich ist.

— Die Docenten der Wiener Universität Dr. Ed. Schiff (Dermatolog und Syphilidolog), Dr. Carl Herzfeld (Gynäkolog), Dr. Lorenz (Therapeut), Dr: Hans Rabl (Histolog) und Dr. Ernst Finger (Dermatolog und Syphilidolog) sind zu ausserordentlichen Professoren ernannt worden.

— Ein Sanatorium zum Andenken an den vor einigen Jahren in San Remo in Italien verschiedenen Grossfürsten Alexei Michailowitsch wird, wie Moskauer Blätter berichten, in San Remo errichtet. Das Sanatorium, dessen Einrichtung auf 90,000 Rbl. zu stehen kommen wird, soll ausschliesslich für russische Unterthanen griechisch-orthodoxer Confession bestimmt sein.

— Beiträge zum Besten der Virchow-Stiftung in Berlin werden mit Allerhöchster Genehmigung im Medicinaldepartement (St. Petersburg, Theatralnaja № 3) entgegengenommen.

— Das Gesuch der Besitzer homöophatischer Apotheken um die Genehmigung zur Führung des Reichsadlers auf ihren Schilden ist, wie die Tagesblätter erfahren, vom Medicinalrath abschlägig beschieden worden.

— Das hiesige Kaiserliche Hebammen-Institut wird in nächster Zeit aus seinem alten Lokal an der Fontanka in das neue Gebäude im Börsen-Square übergeführt werden.

— Das Hospital der Gemeinschaft barmherziger Schwestern des «Rothen Kreuzes» auf den Namen der heil. Eugenie (Peski, Nowgorodskaja № 29) wird nach Beendigung der Remonte am 20. September wieder eröffnet.

— Dem Moskauer Arzt Dr. W. Sprimon ist es gestattet worden, sein bekanntes Referaten-Journal «Medizinskoje Obosrenije» künftig zwei Mal monatlich erscheinen zu lassen.

— Dem Sanitätsarzt der Moskauer Landschaft Dr. A. W. Pogoshew ist die Concession zur Herausgabe eines neuen Monatsjournals unter dem Titel «Promyschlenosti Sdorowje» (Industrie und Gesundheit) ertheilt worden.

— Die Insel Ssachalin ist, wie von dort berichtet wird, der Gefahr ausgesetzt, ohne Aerzte zu bleiben. Der Arzt Landau hat den Dienst auf der Insel quittirt. Auf seinen Posten wurde der Arzt Kurnossow berufen, welcher jedoch die Stelle nicht angenommen hat. Nach 6 Monaten wird noch ein Arztposten vacant, da der Arzt Ssurninski, welcher kürzlich eine Urlaubsreise angetreten hat, nicht mehr nach Ssachalin zurückkehren wird.

(Her.)

— Die Stadt Constantinopel ist neuerdings wieder also bereits zum dritten Mal. für von der Pest inficirt erklärt worden.

— Der von Freiherr von Baumgartner gestiftete Preis für die Erforschung der unsichtbaren Strahlen im Betrage von 2000 Kronen wird von der Wiener Akademie der Wissenschaften für Ende 1903 ausgeschrieben.

(Allg. med. C.-Ztg.)

— Das Ministerium der Wegecommunication hat für den Transport von Geisteskranken, von tollwüthigen Thieren Gebissenen und von Leprösen auf Eisenbahnen folgende Bestimmungen festgesetzt: Der Transport solcher Kranker ist unter Vorweisung eines ärztlichen Zeugnisses der Direction der Bahn oder dem Stationsvorsteher 8 Stunden vor Abgang des Zuges anzuzeigen. Im ärztlichen Zeugniss muss gesagt sein, ob der Geisteskranke still oder tobsüchtig oder wann der Betreffende von einem tollwüthigen Thiere gebissen worden ist. Stille Geisteskranke erhalten ein gesondertes Wagentheil für sich und müssen von 2 Personen begleitet sein. Tobsüchtigen wird ein Einzelwagen angewiesen, in welchem sie von 4 Personen und 1 Feldscher begleitet werden müssen. Von tollwüthigen Thieren Gebissene müssen bis zu 2 Wochen nach dem Biss von einer und nach 2 Wochen von zwei Personen begleitet werden. Bei Leprösen wird als Begleitung nur 1 Person vorgeschrieben und wird solchen ein gesonderter Wagen 4. oder 3. Classe zur Verfügung gestellt. Von Leprösen benutzte Wagen müssen, der Vorschrift nach, gründlich desinficirt werden, bevor sie wieder in Gebrauch genommen werden dürfen.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 1. Sept. d. J. 8294 (139 mehr als in d. Vorw.), darunter 949 Typhus — (89 mehr), 809 Syphilis — (2 wen.), 372 Scharlach — (20 mehr), 143 Diphtherie — (24 mehr), 62 Masern — (2 mehr) und 3 Pockenkranke — (0 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 26. August bis 1. September 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
410	269	679	111	58	145	21	13	23	65	52	58	45	38	39	8	3

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 27, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 21, Scharlach 27, Diphtherie 22, Croup 2, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 17, Erysipelas 1, Grippe 3, Cholera asiatica 0, Ruhr 8, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 70, Tuberculose anderer Organe 19, Alkoholismus und Delirium tremens 12, Lebensschwäche und Atrophia infantum 33, Marasmus senilis 37, Krankheiten der Verdauungsorgane 126, Todtgeborene 26.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 18. Sept. 1901.

Tagesordnung: Kreps Urologische Beobachtungen.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 24. Sept. 1901

Fabrik chemisch-pharmaceutischer Producte

G. Hell & Comp., Troppau und Wien.

Acetopyrin.

Ein neues Antipyreticum und Antineuralgicum gegen Migraine, Neuralgien und Erkältungen, Specificum gegen Influenza, Gelenkrheumatismus und Gicht.

Dosirung; Täglich 6 Pulver à 0,5 bis 1 G am besten in Oblaten.

Siehe wissenschaftliche Abhandlungen:

1. **Dr. Winterberg, Wien** (Wiener klinische Wochenschrift Nr. 39 v. J. 1900).
2. **Dr. Frieser, Wien** (Medicin. chirurg. Centralblatt Nr. 15 v. J. 1901).
3. **Dr. Bolognesi, Paris** (Bulletin Général Therapeutique v. 30. März 1901).
4. **Dr. Laumonier, Paris** (Presse Médicale v. April 1901).
5. **Dr. Goldmann, Wien** (Allgem. Wiener Medicin. Zeitung Nr. 14 u. 15 v. J. 1901).

Honthin.

Ein neues vorzügliches Darmadstringens gegen alle Formen von Diarrhoen.

Dosirung: Säuglinge 0,3 G., Kinder 0,5 G, Erwachsene 1 G. täglich 4 bis 5 Mal.

Siehe wissenschaftliche Abhandlungen:

1. **Dr. Friedr. Rölbl, Wien** (Wiener Klin. Rundschau Nr. 25 v. J. 1900).
2. **Dr. J. W. Frieser, Wien** (Wiener Medicin. Blätter Nr. 29 v. J. 1900).
3. **Dr. Joseph Reichelt, Wien** (Wiener Klin. Wochenschr. Nr. 36 v. J. 1900).
4. **Dr. Tison, Paris** (Bulletin Officiel de la Société Medical des Practiciens Nr. 2 v. J. 1901).
5. **Dr. Goldmann, Wien** (Reichs-Medicinal-Anzeiger, Leipzig Nr. 9 v. J. 1901).
6. **Dr. Dan. Kolpassky u. Dr. Sztankay** (Magyar Orvosi Arch. Nr. 6 v. J. 1900).

NB.: Literatur und Proben zu Versuchzwecken stehen den Herren Aerzten auf Wunsch gern zur Verfügung.

Zu beziehen durch

Stoll & Schmidt, St. Petersburg.

(117) 12—12.

* **Bad und Luftcurort** *

im oberbayr. Gebirge 670 M. ü. d. M.
Von München 1 1/2 Stunden Bahnfahrt

* **Tölz-Krankenheil** *

Saison:
15. Mai — 1. October.

Curmittel: Jodquellen zur Trink- und **Badecur**, Quellsalzlauge, Seife, Seifengeist Inhalationen, electrische Bäder.

Indicationen: Scrophulose, Lues, chron. Metritis und Endometritis, Peri- und Parametritis, Myome, chron. Cystitis und Prostatitis, Eczem, Psoriasis, Acne, Furunculosis, Struma, Lymphome, chron. Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkatarrh.

Prospecte durch die Badedirection.

Adressen von Krankenpflegerinnen

Frau Gülzen, W. O., 17 Linie, Haus Nr. Qu. 10.

Resorbin.

Milde und reizlose Salbe und Salbengrundlage. Ausgezeichnet als Kühlsalbe und bei Frost- und Brandschäden.

Quecksilber-Resorbin, grau u. roth.

Bester Ersatz für graue Salbe. Schmutzt nicht, riecht nicht. Sehr einfache Verordnung. In graduirten Glastuben.

Peruscarbin.

Der gegen Krätze wirksame Bestandtheil des Perubalsams, synthetisch dargestellt.

Peruol.

Ausgezeichneter Ersatz für Perubalsam, als Antiscabiosum. Farblos und geruchlos.

Chloroform-Anschütz.

Chem.-rein aus Salicylitchloroform. Hält sich unverändert in der Originalpackung. Tropfvorrichtungen. Auf jede Originalflasche des Chloroform Anschütz passend.

PHARM. ABT.

Actien-Gesellschaft für Anilin-Fabrikation.

BERLIN S. O.



Zur Behandlung des acuten Gichtanfalls
sowie aller anderen durch harnsaure Diathese bedingten Beschwerden ist

SIDONAL

das klinisch und wissenschaftlich best erprobte Mittel.

Tägliche Dosis im Anfall 5 Gramm mindesten.

Literatur steht kostenlos zu Diensten.

Vereinigte Chemische Werke Actiengesellsch. Charlottenburg.

(42) 43—25.

„ICHTHYOL" und „Ichthyol"-Verbindungen.

„Ichthyol"-Ammonium oder **Ammonium „sulfo-ichthyolicum"** wird von uns geliefert in Originalblechen zu 5 Ko., 1 Ko., ½ Ko., ¼ Ko., 1/10 Ko. und in Originalflaschen zu 60 grm., 45 grm. und 30 grm.

„Ichthoform" oder **Thiohydrocarbürum sulfonicum-formaldehydatum („Ichthyol"-Formaldehyd)**, vorzügliches Darm-Antiseptikum, von uns geliefert in Originalabpackungen zu 25 grm. und 50 grm.

„Ichthargan" oder **Argentum thiohydrocarbüro-sulfonicum solubile („Ichthyol"-Silber)**, löslich in kaltem sowie warmem Wasser, 30 % Silber enthaltend, hervorragendstes Antigonorrhoikum, von uns geliefert in Originalfläschchen zu 10 grm.

„Ichthyol"-Calcium insolubile in Tabletten à 0,1 grm., geruch- und geschmacklos, kurzweg **„Ichthyol"-Tabletten** genannt, neue Form für interne Ichthyol-Darreichung, in Originalschachteln zu 50 Tabletten.

„Ferrichthol" oder **„Ichthyol"-Eiseninsolubile**, enth. 3½% organ. gebund. Eisen, in Tabletten à 0,1 gr., geruch- und geschmacklos, indicirt bei Chlorose und Anaemie, in Originalschachteln zu 50 Tabletten.

„Metasol" oder **Meta-Kresol-Anytol solubile**, enth. 40% Meta-Kresol, Desinfectionsmittel in der Chirurgie, in Originalabpackungen zu 50 grm.

„Eucasol" oder **Eucalyptol-Anytol solubile**, enth. 40% Eucalyptol, für zahnärztliche Verwendung, bei Stomatitis etc., in Originalabpackungen zu 50 grm.

Jod-„Anytol" solubile, enth. 10% Jod, Ersatzmittel des Jodoforms, in Originalabpackungen zu 50 grm. von uns geliefert.

Wissenschaftliche Abhandlungen über vorstehende Präparate, welche ausschliesslich von uns allein hergestellt werden und deren Zeichen uns gesetzlich geschützt sind, versenden gratis und franko.

Ichthyol-Gesellschaft Cordes, Hermanni & Co. HAMBURG.

PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen Keuchhusten, Kehlkopf- u. Bronchialkatarrh.

Zu beziehen in Flaschen von ca. 250 gr. Inhalt durch jede Apotheke.

Literatur: siehe Therapeutische Beilage Nr. 7 d. D. med. Wochenschr. Nr. 27 (98); Nr. 56 d. A. M. C. Z. (99); Nr. 29 d. A. B. C. (99); Nr. 17 der Wiener Med. Bl. (1900); Wiener Aerztl. Centralztg. Nr. 12 (1901).

Hergestellt in der Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19, Seydelstrasse 16.

Dépôts: Apotheker Ad. Marcinczik, Kiew und Apotheker H. Bierstümpfel, Warschau, Marszalkowska 133.

(20) 26—18.

MARIENBAD Weltcurort (Böhmen)

Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, die stärksten Glaubersalzwasser Europas (mit 5 gr. Glaubersalz im Liter.) Indicationen: Allgemeine Verfettung, Verfettung der Leber, des Herzens, Obstipation, Plethora.

Ambrosiusbrunn, stärkster, reiner Eisensäuerling Europas (mit 0.177 gr. Eisenbicarbonat im Liter). Indicationen: Anaemie, Chlorose.

Rudolfsquelle, hervorragend grosser Gehalt an Kohlensäure, Kalk und Magnesia. Indicationen: Chronische Catarrhe der Harnorgane, Nierensteine, Diabetes, Arthritis.

(58) 17—11.

Brunnen-Versendung Marienbad in Böhmen. Niederlagen in allen Apoth., Mineralwasser- u. Drogenhandl.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
Ольга Свѣтлова, Сергіевск. д. 17, кв. 19.

Дозв. ценз. Спб., 14 Сентября 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 38 St. Petersburg, (5. October) 22. September **1901**

Ueber Atrophie der Magenschleimhaut bei chron. interstitieller Nephritis.

Von

Dr. med. Wilhelm Vierhuff,

Riga.

(Vortrag, gehalten auf dem XIII. Livl. Aerztetage zu Riga.)

Meine Herren! Auf dem vorigen Aerztetage wies ich in der an den Vortrag des Herrn Dr. Hartge sich anschliessenden Discussion über die Achylia gastrica auf das Schwinden der HCl-Secretion im Verlaufe der Schrumpfniere hin. Den ersten derartigen Fall habe ich im Jahre 1896 während meiner Assistentenzeit im Rigaschen Stadtkrankenhause in der Abtheilung des Herrn Dr. Hampeln zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Ueber das Verhalten der Magenthätigkeit bei Nephritis liegen, wie auch Riegel[1]) ausdrücklich hervorhebt, wenig Untersuchungen vor trotz des relativ häufigen Vorkommens von gastrischen Störungen im Verlaufe derselben. Die bisher erhobenen Befunde[2]) sind keineswegs constant: man hat Anacidität, Hypacidität, normalen HCl-Gehalt, ja gelegentlich sogar erhöhten HCl-Gehalt gefunden. Ich selbst habe an meinem kleinen Material gleichfalls ein verschiedenartiges Verhalten der HCl-Secretion bei Schrumpfniere beobachten können.

Im Folgenden erlaube ich mir eine in dies Gebiet gehörende Krankengeschichte mitzutheilen und einige epikritische Bemerkungen anzuschliessen.

Tr. L., 60 a. n., trat am 8. Januar 1901 in die Diakonissenanstalt ein. Sie gab an, sich im Allgemeinen stets einer guten Gesundheit erfreut zu haben, abgesehen von schweren Nierenkoliken vor etwa 15 Jahren, die mit dem Abgang von mehreren Steinen ihren Abschluss erreichten. Zu dieser Zeit wie auch nachher ist sie in ärztlicher Beobachtung gewesen, da sie viele Jahre im Hause eines Arztes diente. Seit etwas mehr als 1 Jahr fing sie zu kränkeln an, klagte über dauernden Appetitverlust und Kräfteverfall, die Beschwerden steigerten sich in den letzten Monaten dermassen, dass sie nur flüssige Kost geniessen konnte, da nach der Nahrungsaufnahme Aufstossen, Druckgefühl und Schmerz im Magen auftraten. Zu diesen Störungen gesellten sich bald hartnäckige Durchfälle, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, so dass die Kräfte zusehends abnahmen. Die Diurese soll reichlich gewesen sein. Blutungen und Oedeme sind nicht beobachtet worden.

Die Untersuchung ergab einen mässig reducirten Ernährungszustand, Blässe der Haut und der sichtbaren Schleimhäute, enge Pupillen. Puls von normaler Frequenz, mittlerer Spannung Keine Oedeme. Kein Icterus. Rauhe Herztöne. 2. Aortenton accentuirt. Eine Vergrösserung des linken Ventrikels war nicht nachweisbar. Im Uebrigen war der Organbefund negativ. Urin hellgelb, klar; specifisches Gewicht 1009, sehr reichlicher Albumengehalt. Kein Zucker. Kein Sediment. Formelemente werden bei wiederholten Untersuchungen des centrifugirten Harns nicht gefunden, Vermehrte Harnmenge.

Die Untersuchung des 1 Stunde nach dem üblichen Probefrühstück ausgeheberten Mageninhaltes ergab circa 50 Ccm. (Pat. konnte nicht das ganze Probefrühstück zu sich nehmen) eines Speisebreies, der unverdaute Brodstückchen und Flüssigkeit enthielt. Gesammtacidität 20. Keine freie HCl (Kongo, Günzburg). Keine Milchsäure. Labferment nicht vorhanden.

Während des Aufenthaltes in der Anstalt beherrschten zunächst die oben erwähnten Beschwerden Seitens des Magens und Darmes das Krankheitsbild. Pat. konnte nur flüssige Kost geniessen. Da zudem noch ein Theil des Genossenen erbrochen wurde, verfiel die Kranke zusehends. Es stellte sich bald eine an Intensität zuneh-

[1]) cf. Nothnagel: Spec. Pathol. u. Ther. XVI. Bd. 2.
[2]) Sée, Lenhertz, Schneider, Zipkin, Krawkow, Biernacki, citirt bei Nothnagel XVI. Bd. 2.

mende Tage lang andauernde Somnolenz ein, die zur völligen Bewusstlosigkeit führte.

Am 21. Januar 1901 trat im Coma der Exitus ein.

Bei der Section fand sich ein länglicher, nicht erweiterter Magen, die Schleimhaut atrophisch, glatt, mattglänzend, dünn. Nur an der vorderen Wand finden sich 3 Falten theilweise erhalten. Auch die Magenwandungen sind im Ganzen dünn. Ausser einer beträchtlichen Schleimmenge kein Inhalt im Magen.

Die von Dr. Otto Klemm ausgeführte mikroskopische Untersuchung ergab folgendes Resultat: Die Mucosa der Pylorus- und Cardiagegend bedeutend verschmälert, Drüsenhals verkürzt, die Drüsenalveolen der Oberfläche nahe gerückt, zum Theil auf weite Strecken ganz fehlend. Auf den erhaltenen Faltenresten gute Drüsenentwickelung*).

Anatomische Diagnose: Atrophia mucosae ventriculi.

Der Darm enthält in den unteren Partien des Dünndarms Koth, sowie mässige Schleimmengen. Die Darmgefässe theilweise injicirt, es finden sich vielfach atrophische Stellen der Schleimhaut, besonders in den oberen Partien des Dünndarms. — Die linke Niere schmal, enthält zahlreiche Steine von verschiedener Grösse, Nierengriess, sowie einen Calculus, der einen vollständigen Ausguss des Nierenbeckens darstellt. Nierengewebe geschwunden, Rinde nicht vorhanden, viel Bindegewebe, zahlreiche Steine enthaltende Hohlräume. Die rechte Niere stellt einen faustgrossen cystenartigen Tumor dar, der viel hellen Urin, sowie zahlreiche mit Steinen ausgefüllte Hohlräume enthält. Rinde und Mark nicht differenzirbar; das Nierengewebe meist geschwunden, doch nicht in dem Masse wie in der linken Niere.

Milz, Leber, Pankreas, Genitalien, Blase bieten nichts Abnormes dar.

Die Section der Brusthöhle war nicht gestattet.

Wenngleich im vorliegenden Falle die Störungen von Seiten des Verdauungsapparates das Krankheitsbild beherrschten, so liess der Urinbefund keinen Zweifel darüber, dass die Erkrankung der Nieren als das Primäre, diejenige des Magens und Darmes hingegen als secundäre Erkrankung aufzufassen sei. Für diese Auffassung spricht einmal die Thatsache, dass bei der Schrumpfniere eine secundäre Atrophie der Magenschleimhaut beobachtet worden ist, dann aber liegen für die Annahme, dass es sich um eine primäre von der Nierenerkrankung unabhängige Atrophie der Magenschleimhaut, etwa um eine Altersatrophie handle, keine Anhaltspuncte vor, vielmehr spricht das Fehlen von senilen Erscheinungen an den Organen dagegen. In unserem Falle handelte es sich um eine 60jährige Kranke, eine Altersatrophie der Magenschleimhaut jedoch tritt wohl erst im Greisenalter bei decrepiden Individuen mit gleichzeitigen atrophischen Veränderungen anderer Organe auf.

Somit wurde die klinische Diagnose: secundäre Atrophie der Magenschleimhaut als Folge einer durch seit Jahren bestehende Steinbildung verursachten Nierenschrumpfung durch die Autopsie bestätigt.

In den früher von mir angeführten Fällen von Anacidität bei Nierenerkrankungen handelte es sich um die genuine Schrumpfniere, der vorliegende Fall zeigt, dass eine secundäre Nierenschrumpfung dieselben Veränderungen im Magen hervorrufen kann wie jene. Diese Thatsache erscheint um so weniger auffallend, da ja auch die übrigen klinischen Erscheinungen der Schrumpfniere und der secundären Schrumpfung der Niere die gleichen sind. In beiden Fällen ist das Endresultat dasselbe: Schwund des Nierenparenchyms, Veränderungen in der Qualität und Quantität des Harns, Circulationsstörungen, secundäre degenerative Veränderungen anderer Organe, Urämie.

Da das klinische Bild und die secundären anatomischen Veränderungen der verschiedenen Organe bei den beiden erwähnten Formen der Nierenschrumpfung eine völlige Uebereinstimmung zeigen, ist auch die Annahme gerechtfertigt, dass die Atrophie der Magenschleimhaut in beiden Fällen dieselbe Ursache haben muss.

Worin kann nun diese Ursache gegeben sein? Die Erkenntniss, dass die Urämie eine Folge der mangelhaften Ausscheidung, sowie der Umwandlung des im Blut und in den Geweben retinirten Harnstoffes (Frerichs) — also eine richtige Autointoxication ist, hat dazu geführt, die verschiedenen im Laufe einer Nephritis auftretenden Erkrankungen anderer Organe als urämische bezw. toxische zu bezeichnen. So z. B. die im Verlaufe der Schrumpfniere auftretenden mit Geschwürsbildungen verlaufenden der Dysenterie ähnlichen Processe im Darm. Schon Bright und Johnson sahen in den Veränderungen des Herzens und der Gefässe beim Morb. Brightii die Folgen einer chronischen Intoxication. Ist somit ein Zusammenhang zwischen degenerativen Organveränderungen und der Ansammlung bezw. Entstehung toxischer Substanzen im Organismus im Verlaufe der Schrumpfniere in dem Sinne als feststehend anzusehen, dass diese als Ursache jene als Wirkung zu bezeichnen sind, so liegt auch kein Grund vor, die Auffassung von der Hand zu weisen, dass die bei der Schrumpfniere entstehende Atrophie der Magenschleimhaut die Folge einer chronischen Vergiftung, also eine richtige toxische Gewebserkrankung ist.

Soweit mir bekannt, ist eine derartige Erklärung für die Entstehung der Atrophie der Magenschleimhaut und ihr wichtigstes klinisches Sympton — den Schwund der HCl-Absonderung — bisher für das Carcinom, den Diabetes mellitus und die Tuberculose gegeben worden.

Die Thatsache, dass bei kleinen Carcinomen des Magens nicht selten in den ersten Stadien eine Herabsetzung der HCl-Secretion festgestellt worden ist, hat zur sogen. toxischen Theorie geführt, die dann eine wesentliche Stütze durch die Beobachtung einer im Verlaufe von Carcinomen entfernter Organe auftretenden Atrophie der Magenschleimhaut erfahren hat. So fand Fenwick[3]) eine solche bei Carcinomen der Mamma, des Darmes, des Uterus, Ewald[4]) bei einem Falle von Ulcus carcinomatosum duodenale. Auch andere Folgeerscheinungen des Carcinoms, vor Allem das Auftreten von Fieber bei uncomplicirten nicht eitrig zerfallenen Carcinomen (Hampeln[5]), das Auftreten von Koma v. Jaksch[6]), Senator[7]), Klemperer[8]), von multipler Neuritis (Miura[9]) u. A. lassen eine Giftbildung und Giftwirkung im Verlaufe dieser Krankheit erkennen. Auch beim Diabetes mellitus fanden Rosenstein[10]) und Honigmann[11]) in einzelnen Fällen eine Atrophie der Magenschleimhaut, die gleich anderen im Verlaufe dieser Krankheit auftretenden secundären Erscheinungen als toxischen Ursprungs zu deuten sind.

*) Anmerkung während der Correctur: Bei wiederholter Durchmusterung der Präparate (Dr. Dr. Klemm, Schabert) wurde der oben angeführte Befund bestätigt, auch wurde das Vorhandensein von kleinzelliger Infiltration mit Sicherheit constatirt.

3) Citirt bei Riegel in Nothnagel's spec. Path. und Therapie XVI. Bd. 2.

4) Berliner klin. Wochenschr. 1886.

5) Zeitschr. f. klin. Med. Bd. 8. 14.

6) Ibidem Bd. 7.

7) Ibidem.

8) Berliner klin. Wochenschr. 1889.

9) Berliner klin. Wochenschr. 1891.

10) Berliner klin. Wochenschr. 1890.

11) Deutsche med. Wochenschr. 1890.

Demnach finden wir bei den soeben genannten Krankheiten als ein ihnen allen gemeinsames Moment die Entstehung toxischer Substanzen im Organismus, die dann zu einer Reihe von weiteren Krankheitserscheinungen führen, unter denen die Atrophie der Magenschleimhaut eine der häufigeren ist und ein besonderes Interesse beansprucht. Damit ist aber auch für die häufigsten Formen der Atrophie der Magenschleimhaut eine einheitliche Erklärung, ein gemeinsames aetiologisches Moment gegeben. Es kommt also bei Schrumpfniere, Carcinom und Diabetes mell. ein Versiegen der HCl-Secretion auf toxischer Basis zu Stande. Wahrscheinlich gilt dasselbe auch von der Tuberculose und der perniciösen Anaemie.

Hinsichtlich der Frage, ob die Atrophie der Magenschleimhaut oder die Blutalteration das Primäre ist, sind die Ansichten der Autoren noch getheilt. Zu Gunsten der letzteren Anschauung dürfte wohl mit Recht die Thatsache angeführt worden sein, dass trotz fehlender Drüsensecretion seitens des Magens das Allgemeinbefinden nicht zu leiden braucht, solange die Motilität des Magens eine normale ist und der Darm — vor Allem der Dünndarm, der ja in erster Linie die Resorption der Nahrung zu leisten hat — intact ist. Es liegen einwandsfreie Beobachtungen vor, wo trotz fehlender HCl-Abscheidung die Ernährung durch Jahre (v. Noorden, Ewald, je in einem Fall von Einhorn [12]) durch Jahrzehnte hindurch) nicht gelitten hat.

Wenn auch zuzugeben ist, dass eine mangelhafte Blutbeschaffenheit eine Ernährungsstörung und damit eine Atrophie der Magenschleimhaut veranlassen kann, so liegt andererseits die Annahme nahe, dass in den angeführten Fällen von toxischer Atrophie der Magenschleimhaut dieselben giftigen Stoffe, welche eine Alteration der Magenschleimhaut hervorrufen, auch eine solche des Blutes bewirken. Es haben demnach die Störungen des Magens und des Blutes die gleiche Ursache, sie sind ebenso wie die anderen oben angeführten secundären Erscheinung bei der Schrumpfniere toxischen Ursprunges, sie entstehen auf dem Boden einer chronischen Vergiftung.

Die Zeit, meine Herrn; gestattet es nicht auf die Differentialdiagnose näher einzugehen, ich möchte nur kurz darauf hinweisen, dass dieselbe nicht immer so leicht wie im heute angeführten Fall ist, wo die Zeichen einer Nierenschrumpfung deutlich ausgeprägt waren. Wenn dieselben fehlen, kann die Differentialdiagnose schwierig sein. Characteristische Veränderungen am Circulationsapparat, ein diluirter Harn mit niedrigem specifischem Gewicht lassen auch bei Abwesenheit von Albuminurie und Cylindern den Rückschluss auf eine bestehende Schrumpfniere zu. Wenn jedoch auch diese Zeichen nicht vorhanden sind, so lässt sich in manchen Fällen beim Ueberwiegen der Magenbeschwerden die differentielle klinische Diagnose gegenüber dem Carcinom nicht stellen. Auf diese Schwierigkeit soll die heutige Mittheilung hinweisen, jedoch gilt für die Praxis die alte Regel bei Magenbeschwerden und fehlender HCl-Secretion den Verdacht auf Carcinom nicht eher fallen zu lassen, als bis das Gegentheil erwiesen ist.

---

[12]) l. c.

Referate.

Dr. Lydia Rabinowitsch. Ueber die Gefahr der Uebertragung der Tuberculose durch Milch und Milchproducte. (Deutsche med. Wochenschrift 1900 Nr. 26. p. 416).

Der Nachweis des Vorkommens von Tuberkelbacillen in der Milch tuberculöser Kühe sei von einer ganzen Reihe von Forschern geführt worden, die nicht nur bei generalisirter und Eutertuberculose, sondern häufig auch bei beginnender Tuberculose die Infectiosität der Milch durch das Thierexperiment festgestellt hätten. Ihre mit Kempner angestellten Untersuchungen (D. m. W. 1899. Nr. 21) hätten das Ergebniss gebracht, dass «bei latenter, nur durch die Tuberculinreaction angezeigter Tuberculose die Milch Tuberkelbacillen enthalten kann». Ostertag. (Zeitschr. f. Fleisch- und Milchhygieine 1899. Bd. IX. p. 168).

Um den praktischen Werth obiger an kleiner Zahl gemachter Untersuchungen zu beweisen, untersuchte Vrfin. die Mischmilch grösserer Bestände von Kühen, und zwar von 8 der bekanntesten Berliner Molkereien, die nicht sterilisirte «Kindermilch» zu einem erhöhten Preise (35—60 Pf. pro Liter) verkaufen. In 3 ist der Kuhstand einer fortlaufenden Tuberculinprüfung unterworfen, in den anderen 5 wird dies angeblich nur ab und zu gethan, jedenfalls unter thierärztlicher Controlle. Wiederholentlich wird in diesen 8 Sorten die Milch auch die Anwesenheit von Tuberkelbacillen durch das Thierexperiment (intraperitoneale Injection) geprüft. «In den 3 Kindermilchsorten, welche von tuberculingeprüften Kühen stammen, konnten niemals Tuberkelbacillen nachgewiesen werden. Von den 5 anderen Kindermilchsorten enthielten 3 bei wiederholentlicher Untersuchung lebende virulente Tuberkelbacillen. Also nur die Tuberkulinprobe ist genügend, nicht die (selbst Berliner!) thierarzneiliche Controlle! Ausserdem noch ein Nebenbefund: Schon früher hat Verf. Streptococcen in Milchproben gefunden, in diesen letzten Untersuchungen war der Keimgehalt der «Kindermilch» zwar geringer, aber sie hat doch in manchen Proben Streptococcen «in nicht unbeträchtlichen Mengen» nachweisen können. Eastes (Brit. med. Journ. 1899. Nr. 2028, p. 1341) hat in 186 Milchproben 106 Mal Streptococcen gefunden. Broker (John Hopkins Hospital reports Vol. VI.) hat in einer Studie über Sommerdiarrhoen der Kinder 27 schwere Fälle von Streptococcengastroenteritis zusammengestellt. Ergo keine rohe Milch!

In gewöhnlichem Quarkkäse, wo Hormann und Morgenroth (Hygienische Rundschau 1898. Bnd. VIII. p. 1081) ihn gefunden und damit den Beweis geliefert, dass saure Milch die Tuberkelbacillen nicht abtödtet, hat L. R. auch die Bacillen nachgewiesen und zwar unter 5 Proben in dreien. Ebenso hat sie solche im Kefir gefunden, nur nicht in einem Gemisch von pasteurisirter und frischer tuberkelbacillenfreier Milch.

Im Plasmon (Siebold's Milcheiweiss) in 5 verschiedenen Proben keine T.-Bacillen. Wohl aber in Butter und einem Butterpräparat. das «Sana» heisst.

Also ist die Tuberculose der Rinder nach Bollinger namentlich mit Rücksicht auf ihre enorme Verbreitung und progressive Zunahme, sowie hinsichtlich der grossen Gefahren des Genusses der Milch tuberculöser Kühe, sicherlich die für den Menschen wichtigste und gefährlichste aller Thierseuchen und bedarf der ernstesten Aufmerksamkeit von Seiten der prophylactischen Medicin und des Staates*). Neumann.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— In einem Aufsatze, betitelt «Therapeutische Studien über Ulcus molle», in der Festschrift zum 25-jährigen Jubiläum des Prof. Dr. M. Kaposi (Verlag von W. Braumüller, Wien, 1901), berichten Oberarzt Dr. M. Möller, Docent für Syphilis und Hautkrankheiten an der Universität Stockholm, und Dr. U. Müllern-Aspegren, ehem. Assistenzarzt an St. Göran, über vergleichende Untersuchungen, die sie über den Werth einiger älterer und der bekannteren neueren Mittel und Methoden für die Behandlung des Ulcus molle angestellt haben.

Da das Ulcus molle für dessen Träger nur so lange gefährlich ist, als eine Virulenz des Geschwüres besteht, so haben die Autoren die Zeitziffern für die Erhaltung der

---

*) Die bekannte Arbeit von Lydia Rabinowitsch verdient gerade jetzt, nach dem Bekanntwerden des sensationellen Vortrages von Robert Koch auf dem Londoner Tuberculose-Congress wieder erwähnt zu werden. Die Red.

Avirulenz als den besten Gradmesser für den Werth der Heilmittel genommen und um diese Ziffern so objectiv wie möglich zu erhalten, Inoculationen gemacht.

Im ganzen sind 328 Fälle behandelt worden. Vor der speciellen Behandlung wurden die Geschwüre mit dem scharfen Löffel gereinigt und mit der Scheere von unterminirten Rändern befreit und mit 45° heissen Spülungen gesäubert. Das Ergebniss war folgendes:

Gruppe	Zahl der Fälle	Mittlere Reinigungszeit[1]).	Behandelt mit:
		Tage	
I	11	9,8	Heissen Spülungen und Borsäurecompressen.
II	18	4,9	**Jodoform.**
III	29	5,6	Europhen.
IV	24	9,8	Nosophen.
V	20	4,25	**Jodoformogen.**
VI	25	11,8	Dermatol.
VII	15	11,3	Xeroform.
VIII	26	11,3	Tannoform.
			Hitzebestrahlung nach Audry.
IX	46	2,48	ohne Pulver.
X	13	3,23	und **Jodoformverband.**
XI	40	2,37	» **Jodoformogenverband.**
XII	25	7	» Dermatol.

Die besten Resultate bei der Behandlung mit Wundstreupulver ergab demnach das Jodoformogen; noch wirksamer erwies sich die Audry'sche Hitzebehandlung (2,48 Tage), der beste Erfolg überhaupt wurde erzielt durch Behandlung nach Audry mit nachfolgendem Jodoformogenverband (2,37 Tage!).

Die Autoren fügen hinzu: «Gerade der Umstand, dass das Jodoformogen neben seiner dem Jodoform nahestehenden Effectivität so äusserst wenig von dessen compromittirendem Geruch hat, wird wahrscheinlich diesem Pulver eine Zukunft verschaffen».

Auch auf die Eigenschaft der verschiednen Wundstreupulver, Arznei-Ekzeme hervorzurufen, haben die Verfasser ihre Untersuchungen erstreckt und gefunden: «Unter 82 im Krankenhause mit Jodoform behandelten Fällen zeigte sich fünfmal und bei 94 mit Jodeformogen behandelten Fällen nur einmal Ekzem».

Es werden sonach die günstigen Ergebnisse von Prof. Dr. Kromayer-Halle bestätigt, welcher vor drei Jahren das Präparat klinisch prüfte und es als «das zur Zeit beste Wundstreupulver» empfahl. (Berliner klinische Wochenschr. 1898, Nr. 10).

Mittheilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 20. December 1900.

1) Dr. Tantzscher hält seinen angekündigten Vortrag: Zur Darmresection bei gangränösen Hernien.

Vortragender weist auf die grossen Fortschritte hin, die die Magendarmchirurgie seit der Einführung der Asepsis zu verzeichnen hat. Aber in vielen Fällen, wo es auf einen schleunigen Eingriff ankommt, wie z. B. bei incarcerirten Hernien, lässt die chirurgische Hilfe in Stich, weil es zur Zeit noch nicht möglich ist die getrennten Darmenden nach Resektion des gangränösen Theils rasch und sicher zu vereinigen. Das beste Verfahren ist und bleibt immer noch die Vereinigung durch den Murphyknopf, wenngleich das Ideal in ihm noch nicht erreicht ist. Doch ist es manchmal durch ein einfaches Verfahren möglich, seine Nachtheile auf ein Minimum zu reduciren, wovon später die Rede sein wird.

Es kommen von den verschiedenen Möglichkeiten der Darmvereinigung, wie sie bei gangränösen Hernien nöthig ist, eigentlich nur 2 Methoden in Betracht

1) die Czerny-Lambertsche-Naht

2) der Murphyknopf.

Die Nachtheile der Naht sind in die Augen springend. Vor allem die lange Dauer der Operation die von ungünstigster Prognose ist. Ferner die Verkleinerung des Lumens, durch die eingestülpten Darmenden. Der erste Nachtheil könnte in Wegfall kommen, sobald es gelingt ohne Narkose zu operiren.

Die Verengerung des Lumens braucht nicht immer schlimme Folgen zu haben. Doch ist es einmal hier im Krankenhause beobachtet worden, dass nach Resektion des Darmes wegen einer Stenose, wo also oberhalb und unterhalb normaler Darm war, der Koth sich an der Nahtstelle gestaut hatte und der Darm vollkommen undurchgängig war, so dass trotz exacter Naht der Exitus nicht zu vermeiden war.

Die Construction des Murphyknopfs und seine Anlegung sind bekannt. Der Vortheil der raschen Vereinigung wird durch die späteren Serosanähte nicht wesentlich tangirt, da nur einige wenige erforderlich sind. Durch seine Form und Grösse ist ein Offenhalten des Lumens bedingt und eine Kothstauung ist selten, wie es einmal beobachtet ist durch einen Kirschkern, der sich in den Knopf eingeklemmt hatte, als er sich nur theilweise von der Darmwand gelöst hatte.

Durch einen genügend grossen Knopf werden die beiden Nachtheile der Darmnaht, Zeitverlust und Verengerung des Lumens vermieden.

Von üblen Zufällen abgesehen, wie vom Einschneiden des Knopfes, was nur der schlechten Arbeit zur Last fällt, nicht dem sinnreichen Verfahren, käme noch das Entstehen einer Kothfistel in Betracht. Wohl ist derart eine lästige Complication entstanden, aber das Leben des Patienten nicht direkt gefährdet.

Von ungleich grösserer Bedeutung ist der Vorwurf, dass der Knopf aus Metall, also nicht resorbirbar ist. Er wirkt daher als Fremdkörper und kann unter Umständen nicht ganz ungefährlich sein, wenn er nicht rechtzeitig abgeht. Doch hat man Beispiele, dass er 3–5 Monate ohne Beschwerden von den Patienten getragen wurde. Wie aus Sektionsberichten von Gastro-Enteroanastomosirten hervorgeht, hat der Knopf im Magen trotz längeren Verweilens daselbst nicht die geringste Spur hinterlassen.

Doch giebt es in manchen Fällen ein Mittel, die Vorzüge des Murphyknopfes wesentlich zu erhöhen, nämlich dann, wenn die Resektion das untere Ende des Dünndarms betrifft. Wenn man bedenkt, dass die grösste Zahl der Hernien Inguinalhernien sind und rechts sich häufiger finden als links, so kommt man nicht so selten in die Lage, sich dieses Vortheils zu bedienen. Man vereinigt dann nämlich nicht die Dünndarmenden mit einander, sondern vernäht das abführende Dünndarmende blind und implantirt das zuführende Ende in den Dickdarm. Man hat dadurch viel gewonnen. Man kann erstens einen grossen Knopf nehmen und so am besten für die rasche Entleerung der Ingesta sorgen; zweitens ist der Nachtheil der Unresorbirbarkeit so gut wie aufgehoben, da er trotz seiner Grösse den Dickdarm leicht passiren kann, ohne irgend wo liegen zu bleiben, da solche gefahrvolle Stellen, wie die Bauhinische Klappe nicht auf seinem Weg liegen. Auch ein Rückwärtsgleiten, wie es bei der Gastro-Enteroanastomie nicht so selten beobachtet wird, ist hier ausgeschlossen, da er mit der Peristaltik in das weitere Darmlumen wandern muss.

Noch ein 3. Vortheil fällt in's Gewicht. Da man auf der einen Seite Dünndarm, auf der anderen vollkommen gesunden Dickdarm vereinigt, der durch die Einklemmung nicht gelitten hat, so ist die Gefahr, dass die Serosanähte durchschneiden geringer. Man hat ausserdem reichlich gesunde Serosa zum Uebernähen und hat so am ehesten Aussicht, eine Kothfistel zu vermeiden.

Vortr. glaubt, dass diese Art der Vereinigung ein nicht zu unterschätzender Vortheil ist. Am Anfang d. J. als Dr. von Bergmann noch nicht nach dieser Methode operirte, sondern die Dünndarmenden mit einander vereinigte, mussten ein Mal wegen Gangrän des Darms nicht weniger als 3 m. entfernt werden. Es blieb vom unteren Ende des Ileum nur ein kleines Stück nach. Der Patient vertrug den Eingriff wider Erwarten gut. Aber schon nach einer Woche stellte sich eine Kothfistel ein, die sich allmählich vergrösserte, so dass der Knopf aus der Bauchhöhle entfernt werden konnte. Die Ernährung des Pat. litt auf diese Weise erheblich, indem ausser den 3 M. Dünndarm, noch der ganze Dickdarm ausgeschaltet war. Trotz reichlicher Ernährung per os und per rectum besserte sich der Kräftezustand nicht, ein weiterer Eingrift wurde noch aufgeschoben, in der 4. Woche schliesslich war er nicht mehr indicirt und der Patient erlag fast einen Monat nach der Operation der Inanition. Dass die

[1]) Die Zeit, welche von Anfang der Behandlung durchschnittlich nöthig war, um die Geschwüre avirulent zu erhalten, ist «mittlere Reinigungszeit» genannt.

Chancen für den Pat. durch die obige Methode ungleich besser gewesen wären, lässt sich nicht leugnen. Ob man das Leben hätte erhalten können, lässt sich freilich nicht entscheiden.

Wenn es irgend möglich ist, so sollte der Dünndarm in den Dickdarm implantirt werden, wobei weniger die Länge des resecirten Darmes in Betracht käme, als das Ziel, die Erhaltung des Lebens. Dass einige Cm. mehr vom gesunden Darm weggenommen werden, ist von keiner Bedeutung.

Im Anschluss daran stellt Vortr. einen Patienten vor dem vor 1 Monat 50 Cm. Darm auf diese Weise wegen einer incarcerirten Hernie resecirt sind. Das blind vernähte Dünndarmende betrug nicht viel mehr als 10 cm. Der Murphyknopf wurde am 11. Tage ausgeschieden. Patient hat jetzt normalen Stuhl und keine Beschwerden und fühlt sich vollkommen wohl.

(Autoreferat).

Dr. von Bergmann: Dr. Tantzscher könne sich zu dem guten Erfolge, den er in dem von ihm operirten Falle gehabt, gratuliren; die Schwierigkeit bei Resection gangränöser Darmtheile bestehe darin, den erweiterten zuführenden Schenkel mit dem nicht erweiterten abführenden zu vereinigen; es sei wünschenswerth, in solchen Fällen den allergrössten Murphyknopf zu verwenden, um ein ungehindertes Abströmen des Darminhaltes zu ermöglichen, da sonst leicht Intoxication durch Resorption vom Darm aus eintrete; der grosse Murphyknopf lasse sich nun leicht in den zuführenden, aber schwer in den abführenden Schenkel einführen, es sei daher ein glücklicher Gedanke, den zuführenden Dünndarmschenkel seitlich in das Colon zu implantiren, namentlich da es dem Murphyknopf auf diese Weise auch bei seiner späteren Wanderung durch den Darm erspart bleibe, die Bauhini'sche Klappe passiren zu müssen, welche oft ein Hinderniss für seine Fortbewegung abgebe.

2. Dr. Tantzscher berichtet über einen von ihm beobachteten Fall von Dextrokardie.

Vortr. hatte die Absicht einen Patienten vorzustellen, bei dem das Herz auf der rechten Seite zu finden war. Der Pat. liess sich leider im Krankenhaus nicht halten — er litt an einer Tuberkulose des Handgelenks, die aber nicht operirt wurde, so dass Vortr. nur in der Lage ist ein vorzügliches Röntgenbild vorzulegen, das der College R. v. Sengbusch so freundlich war herzustellen.

Die Krankengeschichte ist folgende: Pat. 33 a. n., verheirathet. Frau gesund, zwei Kinder an Meningitis (tuberc?) gestorben. Vater 70 a. n. gesund. Mutter im Alter von 83 Jahren gestorben. Pat. hat bis zum 29. Jahre keine ernsthafte Krankheit durchgemacht. Bekam in dieser Zeit eine Hämoptoe — ½ Glas Blut; im nächsten Jahr wiederholte sich dasselbe. Pat. ist bis zum 29. Jahre starker Raucher gewesen, raucht seitdem nicht. Seit einigen Jahren hat Pat. stets, am Morgen besonders, etwas Husten gehabt. Stärkerer Husten hat nie bestanden. Bei schnelleren Bewegungen sind Athembeschwerden und Herzklopfen schon seit einigen Jahren immer aufgetreten. Nie an Brustschmerzen, nie an Nachtschweissen gelitten. Mager ist Pat. stets gewesen. Die augenblicklich bestehende geringe Heiserkeit ist zur Zeit des Blutspeiens stärker gewesen.

Keine Magen-Darmstörungen. Keine Störungen von Seiten der Harnwege.

Pat. mittelgross, beträchtliche Abmagerung. Keine specif. Narben. Mund- und Rachenhöhle normal. Beide Pupillen reagiren, die rechte ist enger. Kyphose der Lendenwirbelsäule. Rechter Radial- und Brachialpuls scheint kleiner als der linke zu sein.

Rückenfläche: die rechte Thoraxhälfte bewegt sich weniger bei der Athmung, als die linke, besonders oben. Rechts stärkerer Pectoralfremitus. Rechts oben kürzerer Schall, als links, mit tympanitischem Beiklang (Caverne?). Unten schmale Dämpfungszone, in der Mitte ebenfalls kürzerer Schall, als links. Bis zur halben Scapula Bronchialathmen, kein Rasseln, unten sehr leises Athmen mit Rasselgeräuschen. —.

Links ist der Schall normal, scharfes Vesiculärathmen, kein Rasseln. Tiefstand der Lungengrenzen.

Vorderfläche: Beide Claviculargruben eingesunken, rechts stärker. Rechte Lungenspitze tiefer stehend. Rechte fossa infraclavicularis abgeflacht, eingesunken.

Rechte Seite bei der Athmung weniger beweglich. Links normaler Schall, scharfes Vesiculärathmen. Untere Lungengrenze an der VI (!) Rippe (vicariirendes Lungenemphysem).

In der rechten Claviculargrube gedämpft tympanitischer Schall. Von der Clavicula bis zum oberen Rande der 3. Rippe (Beginn der relativen Herzdämpfung) gedämpfter Schall. An der Axillargrube Aufhellung der Dämpfung. Von da bis zu den Grenzen der Leber- und Herzdämpfung gedämpfter Schall.

In der Claviculargrube scharfes Bronchialathmen, in der Achselgrube scharfes hauchendes Athmen, sonst leises, theils hauchendes, theils unbestimmtes Athmen (Compressionsathmen zum Theil). Unter der Clavikel abgeschwächter Pectoralfremitus (Pleuraschwarte). Unten Rasseln. Die absolute Herzdämpfung reicht vom oberen Rande der 4. bis zum unteren Rande der 5. Rippe. Die relative beginnt bereits am oberen Rande der 3. Rippe. Eine relative Dämpfung am rechten Sternalrande in derselben Ausdehnung (zum Herzen gehörig).

Eine Fortsetzung dieser relativen Dämpfung erstreckt sich nach oben bis zum Manubrium sterni und verliert sich hier, geht in normalen Lungenschall über. Im 2. rechten Intercostalraum diffuse Pulsation; Ausbreitung derselben vorzugsweise zum Sternum. Ueber dem Punctum maximum der pulsirenden Stelle zwei laute, reine Töne. Ueber der Herzdämpfung leise, reine Töne hörbar. Kein Spitzenstoss. Schmale Leberdämpfung (Kantenstellung). Keine Milzdämpfung nachzuweisen. (Zwei Tage nachher fand sich eine normale Leberdämpfung und normale Milzdämpfung). Verlauf der Aorta abdominalis an der linken Seite der Wirbelsäule. Bei Lageveränderung keine Verschiebung der Herzgrenzen.

Vortragender glaubt, dass es sich hier nicht um eine angeborene Verlagerung des Herzens, sondern um sekundäre, durch Lungentuberkulose und Lungenschrumpfung entstandene Retraktion des Herzens handelt.

(Autoreferat).

Dr. Hampeln: Die Bezeichnung «Dextrokardie» werde in der Literatur eigentlich für die angeborene isolirte Lageveränderung des Herzens reservirt, während man unter situs viscerum in versus thoracis solche Fälle angeborener Lageveränderung verstehe, bei welchen ausser dem Herzen auch noch andere Organe, namentlich die Lungen betroffen seien; ob es wirklich reine Fälle von Dextrokardie gebe, sei zweifelhaft, bei der Section habe man bisher immer zum Mindesten gleichzeitig Transpositionen der Gefässe in verschiedener Weise gefunden. Fälle von Verdrängung und Verziehung des Herzens infolge pathologischer Processe bezeichne man einfach als Lageveränderung. Eine Verziehung, wie sie auch im Falle Dr. Tanzscher's vorliege, sei ziemlich selten, am häufigsten finde man sie bei Tuberculose. Das Freibleiben der linken Lunge im Falle Dr. Tantzscher's spreche einigermassen für angeborene Atelektase, die sich in's spätere Leben hineingezogen habe, wobei eine sekundäre Entwickelung von Tuberculose in den atelektatischen Lungenpartieen leicht möglich sei. Für eine angeborene resp. in frühester Kindheit erworbene Verlagerung spreche auch der Umstand, dass die Anamnese keinerlei Anhaltspunkte biete für die Annahme einer der Erkrankungen, welche gewöhnlich zu Retractionen führen (Pleuritis etc.).

Dr. Deubner hat Verlagerungen des Herzens bei Phthisikern wiederholt zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Dr. v. Sengbusch bezweifelt, trotz des negativen physikalischen Untersuchungsbefundes, dass die linke Lunge des Patienten Dr. Tantzscher's gesund sei, da die Röntgenplatte deutliche Verdichtungen zeige.

3. Dr. Hildebrand hält seinen angekündigten Vortrag über Fremdkörper im Oesophagus.

Vortragender berichtet aus dem Stadtkrankenhause zu Riga, aus der chirurgischen Abtheilung des Herrn Dr. v. Bergmann, über einen Fall von dreimaliger Oesophagotomie an einer Patientin. Es handelte sich um eine geisteskranke Frau, welche zum ersten Mal im December 1899 in Behandlung kam, nachdem sie ihr künstliches Gebiss verschluckt hatte. Da sonstige Extraction nicht möglich war, wurde die Oesophagotomia ext. gemacht und Pat. nach etwa 14 Tagen geheilt entlassen. Am 15. November 1900 suchte Pat. zum 2. Mal das Stadtkrankenhaus auf; angeblich hatte sie 2 Tage vorher 2 Theelöffel verschluckt. Das Röntgogramm von Herrn Dr. v. Sengbusch (der bereits in der Sitzung vom 15/XI. das Röntgogramm und die Theelöffel demonstrirte) zeigte in der That 2 im Oesophagus über einander stehende Theelöffel. Da sonstige Extractionsversuche vergeblich waren, wurde in der alten Narbe, links am vorderen Rande des m. sternocleidomastoideus die Oesopagotomie gamacht und die Theelöffel extrahirt. Die Heilung der Wunde ging, nachdem Pat. selbst nach vollen 24 Stunden den Drain entfernt hatte, glatt von Statten; am 19. November hatte sich bereits die Fistel vollständig geschlossen und am 25. November war die Wunde vernarbt. Am 24. November verschluckte Pat. abermals einen Theelöffel. Mit der Sonde stiess man im Oesophagus auf ein Hinderniss, welches so tief sass, dass an eine Extraction mit der Zange nicht gedacht werden konnte. Ein im Röntgencabinet des Stadtkrankenhauses angefertigtes Röntgogramm bewies die Anwesenheit eines hinter dem Sternum mit dem Stiel nach oben liegenden Theelöffels. Auch dieses Mal wurde die Oesophagotomie wieder in der alten Narbe gemacht und der Theelöffel extrahirt; einige Tage darauf musste Pat., die unruhig geworden war, nach Rothenberg übergeführt werden. Nach Erkundigungen, die Vortr. über den weiteren Verlauf der Wundheilung eingezogen hat, soll die Wunde vollkommen verheilt sein.

Vortr. demonstrirt das Röntgogramm und den aus dem Oesophagus extrahirten Theelöffel.

Nachdem Vortr. darauf einen Ueberblick über die im Oesophagus vorkommenden Fremdkörper, die Art des Hineingelangens derselben, die Prädilectionsstellen derselben, die dem Körper durch die Fremdkörper drohenden Gefahren gegeben und zur Diagnose der Fremdkörper im Oesophagus gesprochen, der heutzutage in vielen Fällen die Röntgoskopie hervorragende Dienste leiste, wendet sich Vortr. der Therapie zu. Von den 3 Wegen, die dem Arzte, speciell dem Chirurgen, zur Verfügung stehen,

1) Extraction per os,
2) Hinabstossen des Fremdkörpers in den Magen,
3) Entfernung des Fremdkörpers durch eine blutige Operation (Pharyngotomie, Oesophagotomie, Gastrotomie), — sei der letzte Weg, die Operation, selbstverständlich am wenigsten geübt und käme erst als ultima ratio in Betracht. Was speciell die Oesophagotomie, die in solchen Fällen am häufigsten geübte Operation anbelange, so nehme es auch Wunder, dass diese verhältnissmässig einfache und ungefährliche Operation nicht häufiger ausgeführt worden sei. Nach G. Fischer (Hannover), der in der «Deutsch. Zeitschr. für Chirurgie» eine Monographie über die Oesophagotomie bei Fremdkörpern veröffentlicht hat, sei dieselbe zuerst schon in den 30er Jahren des 18. Jahrhunderts ausgeführt worden, aber darauf für ein ganzes Jahrhundert in Vergessenheit gerathen, bis sie wieder von französischen, später englischen und deutschen Chirurgen aufgenommen worden sei. In Deutschland hätte zuerst Billroth im Jahre 1870 die Oesophagotomie mit Erfolg ausgeführt. Lange Zeit sei dieselbe selbst von hervorragenden Operateuren (Dieffenbach) zu den gefährlichsten Operationen gerechnet worden, wegen möglicher Verletzung der grossen Gefässe und Nerven. Seit Anfang der 70-er Jahre ist die Zahl der Oesophagotomien, dank der Antiseptik, bedeutend angewachsen. Fischer zählt im Jahre 1887 — 80 Oesophagotomien! Andere Autoren haben diese Zahl auf 120,135 ergänzt; unterdessen dürfte dieselbe sich jedoch noch wesentlich vergrössert haben.

Nach Fischer sei die Oesophagotomie eine verhältnissmässig ungefährliche Operation. Bildung einer bleibenden Fistel sei kein einziges Mal beobachtet und was die Todesursachen beträfe, so stünde im Vordergrunde Ulceration des Oesophagus, Perforation, Gangrän, Senkungsabscesse, acute Sepsis. Jedenfalls sei der Tod viel häufiger durch zu spätes Eingreifen als durch die Operation selbst verursacht worden. Fischer stelle die Forderung, die Operation solle nach Misslingen sonstiger Extraktionsversuche gemacht werden, womöglich innerhalb der ersten 36 Stunden.

Vortr. hat in der Literatur keine Angaben gefunden, dass die Oesophagotomie wiederholt bei ein und demselben Individuum gemacht worden sei. Dieser Fall von 3-maliger Oesophagotomie bei demselben Individuum sei jedenfalls als ein Unicum zu betrachten.

(Autoreferat).

Dr. Schönfeldt I.: Vor ca. 10—12 Jahren verschluckte ein Insasse der Irrenanstalt Rothenberg einen bleiernen Theelöffel, welcher 1½ Mal so gross war, wie der eben demonstrirte; er machte hiervon erst 6 Stunden später den Aerzten Mittheilung; die Sondenuntersuchung ergab normale Verhältnisse. Pat. wurde auf eine, reichlich Grützen und Kartoffeln enthaltende Diät gesetzt und nach einiger Zeit ging der Löffel auf natürlichem Wege ab. Redner führe diesen Fall als Beweis dafür an, dass auch recht grosse Fremdkörper den Verdauungstractus ohne Gefahr passiren können. —

Dr. Tiling: In Rothenberg werden mehrere Gegenstände bewahrt, die von Geisteskranken verschluckt und spontan wieder abgegangen seien, u. A. auch ein eiserner Kamm von mehreren cm. Länge.

Dr. v. Bergmann: Gerade für die Frage der Operation bei verschluckten Fremdkörpern sei das Röntgenverfahren von hervorragendem Werthe. Vor einiger Zeit habe Redner die Oesophagotomie ausgeführt bei einem kleinen Mädchen, das ein goldenes Kreuz verschluckt hatte und wo nur die Röntgenstrahlen den Sitz desselben in der Speiseröhre verriethen, während die Passage frei war; die Oesophagotomie wirkte hier lebensrettend, da bei längerem Verweilen des Fremdkörpers hier Gangrän in sicherer Aussicht stand. —

Dr. v. Sengbusch macht auf das Missverhältniss zwischen dem extrahirten Moccalöffel und dem auf dem Radiogramm in der Grösse eines Esslöffels erscheinenden Schattenbilde desselben aufmerksam. Da die Vergrösserung des vertical stehenden Löffels hauptsächlich seine Längendimension betreffe, so sei vermuthlich die Röntgenröhre nicht senkrecht über dem Löffel, sondern sehr hoch oberhalb desselben eingestellt gewesen; derartige Verzeichnungen infolge von schräger Einstellung, oder infolge von zu starker Annäherung der Röhre an den zu durchleuchtenden Körper seien geeignet, das ganze Röntgenverfahren zu discreditiren und müssten nach Möglichkeit vermieden werden.

Dr. Hildebrand bestätigt, dass die Lichtquelle sich ziemlich hoch oberhalb des Fremdkörpers befunden habe, und zwar in einer Entfernung von ca. 1 Fuss vom Patienten.

Dr. v. Bochmann erwähnt einen Fall von verschlucktem Fremdkörper, den er Ende der 50-er Jahre in Dorpat mitbeobachtet habe. Es handelte sich um einen Hasenknochen, der sich nicht extrahiren liess. Prof. Adelmann liess am Ende einer Sonde eine Art Korkenzieher mit feinem Gewinde befestigen, den in den Knochen einzubohren auch wirklich gelang, doch folgte der Knochen auch jetzt den Tractionen nicht und die Sonde liess sich auch nicht entfernen. Pat. erhielt viel Flüssigkeit und breiige Sachen, am folgenden Tage twar der Zustand unverändert; es wurde nun zur Oesophagotomie geschritten, doch starb Pat. infolge von Druckgangrän. —

d. Z. Secretair Dr. Bertels.

Von der 73. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg v. 22.—28. September.

Mit Befriedigung darf Hamburg auf die soeben in seinen Mauern abgehaltene Wanderversammlung zurückblicken, die sich, sowohl inbezug auf Frequenz (ca. 4000 Theilnehmer) und wissenschaftliche Leistungen, als auch in Hinsicht auf den glänzenden Verlauf und die mannigfachen festlichen Veranstaltungen, jeder früheren würdig an die Seite stellt. Die bewährte Organisation der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Aerzte leistete wiederum Grosses in den Händen einer tüchtigen Geschäftsführung. So war besonders die Wohnungsfrage auf das Beste geregelt und dazu die beachtenswerthe, Vielen sehr willkommene Neuerung getroffen, dass jedem Theilnehmer die für ihn bestimmten Sachen (Theilnehmerkarte, Abzeichen, Festgaben etc.) auf Wunsch noch vor Beginn der Versammlung in die vorausbestellte Wohnung geliefert wurden. Auch das Tageblatt erschien prompt und brachte in übersichtlicher Weise Alles, was der Theilnehmer zu wissen brauchte. An Festschriften erhielten sämmtliche Theilnehmer als Gabe der Stadt Hamburg einen reich ausgestatteten Band: «Hamburg in naturwissenschaftlicher und medicinischer Beziehung», die Mediciner ausserdem noch zwei schöne Werke: vom Medicinalcollegium: «Die Gesundheitsverhältnisse Hamburgs» und vom Krankenhauscollegium: «Die allgemeinen Krankenhäuser und Irrenanstalten Hamburgs». anderer kleinerer Drucksachen nicht zu gedenken. Das räumliche Centrum der Versammlung lag im Stadttheil St. Pauli. Hier stehen zwei grosse Concertlocale einander gegenüber, in deren einem sämmtliche Bureaus placirt waren, während in dem anderen ein mächtiger, akustisch leider nicht tadelloser, Concertsaal den allgemeinen und combinirten Sitzungen, andere Räume einzelnen Sectionen dienten. In derselben Gegend hatten die meisten Sectionen ihre Sitzungslocale und auch ihre Stammkneipen, deren Bedeutung für den persönlichen Verkehr der Fachgenossen nicht zu unterschätzen ist. Die erste allgemeine Versammlung brachte nach einer Reihe von Begrüssungsreden, von denen besonders diejenigen des Bürgermeisters und des früheren Vorsitzenden der Gesellschaft, Director der Sternwarte Dr. v. Neumayer erwähnt seien, drei wissenschaftliche Vorträge:

Lecher (Prag): Ueber die Hertz'sche Entdeckung der elektrischen Wellen.

Hofmeister (Strassburg): Der chemische Hausrath der Zelle.

Boveri (Würzburg): Das Problem der Befruchtung; die zweite allgemeine Versammlung die Vorträge:

Curschmann (Leipzig): Medicin und Seeverkehr.

Nernst (Göttingen): Ueber die Bedeutung elektrischer Methoden und Theorien für die Chemie.

Reinke (Kiel): Ueber die in den Organismen wirksamen Naturkräfte.

In einer Gesammtsitzung beider Hauptgruppen (der naturwissenschaftlichen und medicinischen) wurde das Thema verhandelt:

«Die neuere Entwickelung der Atomistik (Jonen, Elektronen etc.)» Referenten: Kaufmann, Geitel, Paul, His jun.

In der naturwissenschaftlichen Hauptgruppe die Themata:

«Ueber Katalysatoren» (Ostwald)
und «Der gegenwärtige Stand der Descendenzlehre».
(Referenten: de Vries, Koken, Ziegler).

In der medicinischen Hauptgruppe das Thema:
«Ueber die Schutzstoffe des Blutes».
(Referenten: Ehrlich, Gruber).

Die speciellen Programme der 27 Sectionen (11 naturwiss., 16 medicin.) enthielten in Summa ein gewaltiges wissenschaftliches Material; um jedoch einer allzuweit gehenden Specialisirung entgegenzuwirken, war eine grössere Anzahl gemein-

samer Sitzungen vereinbart, in der Weise, dass die einzelnen Abtheilungen sich gegenseitig zu bestimmten Vorträgen einluden. Mit der diesjährigen Versammlung waren auch wieder wissenschaftliche und medicinisch-technische Ausstellungen verbunden. Gleichzeitig tagte auch diesmal der Verein abstinenter Aerzte des deutschen Sprachgebietes; zur Förderung seiner Bestrebungen veranstaltete die Loge des «Guttempler-Ordens» ein schönes Fest. Von sonstigen den Naturforschern und Aerzten von der Stadt und andern Institutionen gebotenen Veranstaltungen seien besonders erwähnt: Blumencorso auf der Alster, Concert und Illumination im Zoologischen Garten (dessen Besuch übrigens allen Theilnehmern stets unentgeltlich offen stand) festlicher Empfang im Rathhause, Empfang an Bord mehrerer grosser Schiffe der Hamburg-Amerika-Linie, Elbefahrt u. a.

Während der ganzen Dauer ihrer Tagung war die Versammlung vom herrlichsten Spätsommer-Wetter begünstigt, welches die Freie und Hansestadt Hamburg, die stolze, glänzende Handelsmetropole im schönsten Lichte zeigte. Dasselbe Wetter schien auch den im Anschluss an die Versammlung von vielen hundert Theilnehmern unternommenen Ausflügen günstig bleiben zu wollen: so der Fahrt nach Helgoland und der vom Comité für ärztliche Studienreisen veranstalteten Rundreise durch die Nordseebäder.

Blessig.

Vermischtes.

— Am 14. September hat, wie wir der «Nordl. Ztg.» entnehmen, Staatsrath Dr. Gottlieb Emanuel Jaesche in Jurjew (Dorpat) seinen 80. Geburtstag begangen. Dem verehrten Greis ist ein goldener Lebensabend beschieden: nachdem er von der heimischen Universität aus i. J. 1847 in ein an schwerster Arbeit reiches Berufsleben getreten, war es ihm seit dem Jahre 1873, wo er in die alte Embachstadt zurückkehrte, noch Jahrzehnte hinduch vergönnt, ärztlich und wissenschaftlich — sowohl literarisch, wie auch als Mitglied gelehrter Vereine — an diesem Orte thätig zu sein, und noch heute erfreut er sich einer beneidenswerthen geistigen und körperlichen Rüstigkeit. — Was den Lebensgang Dr. Jaesches anbelangt, so wurde er in Livland geboren und bezog i. J. 1840 die Dorpater Universität, an welcher er bis 1847 sich dem Studium der Medicin widmete. Nach Erlangung der Doctorwürde war J. successive Arzt am 1. Militärhospital in St. Petersburg, am Hospital des Borodinoschen Inf.-Reg. in Moskau, Oberarzt des Butyrschen Inf.-Regiments (nahm als solcher auch am Krimkriege theil), älterer Arzt am Moskauer Findelhause und ist seit 1873 Augenarzt in Dorpat, wo er von 1875—77 auch Präses der medicinischen Gesellschaft war.

— Zu den von uns bereits mitgetheilten zahlreichen Ehrungen, welche Prof. Dr. R. Virchow an seinem bevorstehenden 80. Geburtstage zugedacht sind, können wir heute noch hinzufügen, dass die Berliner Stadtverordneten — Versammlung auf Vorschlag des Magistrats beschlossen hat, den Festtag ihres Ehrenbürgers mit einem Festmahl im Rathhause zu begehen, ausserdem die Summe von 100,000 Mark zur «Virchowstiftung» beizusteuern und das im Bau begriffene neue städtische Krankenhaus in der Seestrasse nach ihm «Virchow-Krankenhaus» zu benennen.

— Die französische Regierung hat den Arzt Dr. Marcon-Mutzner nach St. Petersburg zum Studium in unseren Hospitälern abcommandirt. Der französische Gesandte Marquis de Montebello hat daher, wie die Tagesblätter erfahren, bei unserer Regierung um Zulassung Dr. Marcon's zum Besuch der Hospitäler nachgesucht.

— Der ausseretatmässige ordentliche Professor der Mineralogie an der Universität Jurjew Dr. Johan Lemberg ist auf ein Jahr weiter im Dienst belassen, gerechnet vom 1. Juli d. J. ab.

— Der an Professor Muratow's Stelle, welcher bekanntlich an die Kiewer Universität übergeführt ist, neuernannte Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie der Universität Jurjew (Dorpat), Dr. Alexander Ssolowjew, hat am 7. September seine Antrittsvorlesung gehalten.

— Die Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga hat in ihrer Jahressitzung am 15. September, an Stelle des abtretenden Dr. Joh. Krannhals, zum Präses Dr. Julius Bernsdorff gewählt. Zum Secretär wurde Dr. Arved Bertels wiedergewählt.

— Die Professoren der hiesigen militär-medicinischen Academie N. Jegorow und K. Chruschtschew, welche als Delegirte der Academie an dem Jubiläum der Glasgower Universität theilnahmen, sind von letzterer zu Ehrendoctoren gewählt worden.

— Dr. Wl. N. Tonkow, Arzt am hiesigen klinischen Militärhospital und zugleich Docent an dem weiblichen med. Institut, ist zum Professor für normale Anatomie an dem genannten medicinischen Institut ernannt worden.

— Verstorben: 1) In Odessa der daselbst in weitesten Kreisen populäre Arzt Dr. Wl. W. Filippowitsch an Gehirnapoplexie. Der Verstorbene, welcher seit 1870 als Arzt thätig gewesen ist, unterhielt am Chadshibei-Liman eine trefflich eingerichtete Heilanstalt für Schlammbäder mit einer Sanitätsstation für Kinder. Neben seiner ausgebreiteten ärztlichen Thätigkeit fungirte er als Stadtverordneter von Odessa. 2) In Warschau der dortige langjährige Arzt Dr. Eduard Bondy im 68. Lebensjahre. Die ärztliche Praxis hat er mehr als 40 Jahre ausgeübt. 3) In Witebsk Dr. J. O. Danilowitsch, Professor an der hiesigen Entbindungsanstalt. Der Hingeschiedene ist mehr als 25 Jahre als Geburtshelfer und Gynäkologe thätig gewesen. 4) In Dresden Dr. Julius Cäsar Häntzsche, ehemaliger russischer Gesandschaftsarzt in Persien, wo er sich mit den morgenländischen Sprachen so vertraut gemacht hatte, dass er vom orientalischen Seminar in Berlin alljährlich zur Abhaltung von Prüfungen in diesen Sprachen dorthin berufen wurde Er hat ein Alter von 77 Jahren erreicht. 5) In Leipzig der frühere ausserordentliche Professor der Pharmakologie Dr. Joh. Adolph Winter im Alter von 85 Jahren. Er hat sich besondere Verdienste als Redacteur der «Schmidtschen Jahrbücher» erworben, welche er von 1849 bis 1886, anfangs gemeinsam mit E. Richter, denn allein leitete.

— Der ausserordentliche Professor der Hygiene an der Universität Marburg Dr. Bonhoff ist zum Ordinarius ernannt worden. Die kleine Marburger Universität hat somit jetzt zwei ordentliche Professoren für Hygiene, da bekanntlich Prof. v. Behring seit 1895 eine solche Professur an derselben inne hat, vor einigen Jahren aber von den Vorlesungen dispensirt wurde, um sich ganz seinen experimentellen Forschungen widmen zu können

— Zum Professor der Physiologie an der Universität Groningen ist der bisherige Utrechter Professor Dr. H. Hamburger ernannt worden.

— Dr. Albrecht Stein, Assistent Prof. v. Bergmanns in Berlin, hat auf der internationalen Ausstellung für Photographie in Weimar das Diplom für hervorragende Leistungen in der Photographie zu wissenschaftlichen Zwecken erhalten.

«Allg. med. C. Ztg.»

— An der Universität Königsberg haben die Professoren Dr. Ludwig Stieda (Anatomie), Dr. Wilh. Lossen (Chemie) und Dr. Carl Pape (Physik) ihre Vorlesungen weiblichen Studierenden verschlossen und ist in Folge dessen Frauen ein ordnungsmässiges Studium der Medicin in Königsberg unmöglich.

— Die Protokolle und Arbeiten des XIII. internationalen medicinischen Congresses in Paris sind bereits im Druck erschienen und an die Mitglieder versandt worden.

— Die Cursaison ist in Pjatigorsk am 15. September geschlossen, in Kisslowodsk erfolgt der Schluss erst am 1. October. Die Zahl der Curgäste betrug in sämmtlichen kaukasischen Curorten bis zum 15. September 27,132.

— Der I. egyptische medicinische Congress findet am 10—14 December 1902 in Cairo statt. Das Protektorat hat der Khedive übernommen. Ehrenpräsidenten sind: Dr. Abbate Pascha. Dr. Pinching und Dr. Ruffer. — Präsident: Dr. Ibrahim Pascha Hassan; Generalsecretär: Dr. Woronoff. Das reichhaltige Programm enthält u. A Vorträge über: Leberabscess, Ankylostoma duodenale, Bilharzia, Dysenterie und eine Reihe von Vorträgen über verschiedene epidemische Infectionskrankheiten, egyptische und äthiopische Medicin etc.

— Pestnachrichten. Im Freihafen von Neapel ist nach officieller Mittheilung die Bubonenpest ausgebrochen. Am 10./23. September waren die ersten Erkrankungen vorgekommen, bei welchen durch die bacteriologische Untersuchung die Pest constatirt wurde. Im Ganzen sind 12 Fälle gemeldet worden von denen 5 lethal verlaufen sind. Es sind die schärfsten Vorbeugungsmassregeln ergriffen worden: 500 Arbeiter, welche im Hafen beschäftigt waren, wurden isolirt, die Effecten der Erkrankten verbrannt, die in den Magazinen befindlichen Ratten durch erstickende Gase vernichtet, beträchtliche Mengen von Yersin'schem und Hawkin'schem Antipestserum den Aerzten zugesandt u. s. w. Bis jetzt ist die Ansteckung auf die im ersten Augenblick festgestellten 12 Fälle beschränkt geblieben. —

Neuerdings ist auch die Stadt Rio de Janeiro in Brasilien für pestverseucht erklärt worden.

— Von der Allerhöchst eingesetzten Commission zur Verhütung der Pest sind für die Eisenbahnen temporäre Sanitätsvorschriften erlassen worden, nach welchen alle Grenzstationen mit Desinfectionsapparaten und den erforderlichen Chemicalien versehen sein müssen. Es dürfen nur Personen, die aus pestverdächtigen oder verpesteten Orten kommen, und Personen, die sich selbst als erkrankt melden oder von den Mitreisenden so bezeichnet werden, untersucht werden. Falls bei einem Passagier Erkrankung an der Pest oder Verdacht einer solchen constatirt wird, so wird er isolirt. Die für gesund erklärten Ankömmlinge aus Pestgegenden dürfen dagegen nicht aufgehalten werden, doch muss, wenn seit ihrer Abreise aus jenen Gegenden nicht volle 10 Tage verstrichen sind, die Stadt- oder Kreispolizei ihres Bestimmungsortes von ihrer Ankunft verständigt werden, damit sie bis zum Ablauf dieser Frist unter ärztliche Aufsicht gestellt werden können.

— Der soeben geschlossene 73. Congress deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg hat, einer Einladung des Carlsbader Bürgermeisters Schäffler im Namen des Stadtraths folgend, zum nächstjährigen Versammlungsort Carlsbad in Böhmen gewählt. Es ist hiermit ein Wunsch in Erfüllung gegangen, den die deutschböhmischen Aerzte und mit ihnen die alte ehrwürdige deutsche Hochschule in Prag seit Jahren hegten. Wer Carlsbad aus eigener Anschauung kennt, wird aber auch zugeben, dass dieser herrliche Curort mit seinen weltberühmten Heilquellen und, landschaftslichen und anderen Vorzügen ganz besonders geeignet ist, diese grösste Vereinigung deutscher Gelehrter bei sich aufzunehmen.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 8. Sept. d. J. 8471 (177 mehr als in d. Vorw.), darunter 981 Typhus — (32 mehr), 870 Syphilis — (61 mehr), 405 Scharlach — (33 wen.), 137 Diphtherie — (6 wen.), 57 Masern — (5 wen.) und 5 Pockenkranke — (5 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 2. bis zum 8. September 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
385	297	682	118	63	143	24	12	24	74	62	50	42	29	23	15	3

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 42, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 24, Scharlach 17, Diphtherie 38, Croup 3, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 16, Erysipelas 4, Grippe 2, Cholera asiatica 0, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 8, Tuberculose der Lungen 75, Tuberculose anderer Organe 14, Alkoholismus und Delirium tremens 11, Lebensschwäche und Atrophia infantum 51, Marasmus senilis 26, Krankheiten der Verdauungsorgane 92, Todtgeborene 31.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 2. Oct. 1901.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 24. Sept. 1901.

Довв. ценз. Спб., 22 Сентября 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG **ST. PETERSBURGER** Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

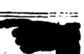
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn. — Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt. — Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten. — Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 39 St. Petersburg, (12. October) 29. September **1901**

Dieser № liegt «№ 9 der Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften» bei.



Zur Psyche der Tuberkulösen.

Von

Dr. Hans Naumann,

Arzt in Bad Reinerz (Schles.) und Bordighera (Riviera).

In den folgenden Zeilen soll die Frage der Psyche Tuberkulöser einer kurzen Besprechung unterzogen werden; es soll untersucht werden, ob dieselbe in der That etwas für die Krankheit Charakteristisches bietet, wie es immer heisst, oder nicht.

Grössere Aufsätze über dieses Thema liegen nicht vor, wenigstens ist mir keine Arbeit bekannt geworden, die diesen Gegenstand im Zusammenhange und in extenso behandelt, auch Cornet erwähnt in seinem ausführlichen Literaturverzeichnisse, das er in seinem grossen Werke: «Die Tuberkulose» giebt, keine einzige Veröffentlichung auf diesem Gebiete. Nur ganz verstreut findet man hier und da kurze Notizen, die von der «charakteristischen Psyche des Phthisikers» sprechen, ohne der Sache irgendwie ernsthaft näher zu treten. —

Eine der wenigen Arbeiten, die sich mit diesem Thema eingehender beschäftigt, ist ein Aufsatz von Brehmer in seinem Werke: «Die Aetiologie der chronischen Lungenschwindsucht vom Standpunkt der klinischen Erfahrung»; weiterhin habe ich die Zeilen zu erwähnen, mit denen M. Mendelsohn die Gedichte eines tuberkulösen Patienten begleitet hat. (Zeitschrift für Krankenpflege Band XXII, 1900, Nr. 2).

Endlich sind noch zwei Aufsätze von Heinzelmann anzuführen, die unter dem Titel: «Ueber den Umgang mit Tuberkulösen» und «Die Krankenpflege Tuberkulöser» 1894 gleichfalls in der Zeitschrift für Krankenpflege veröffentlicht worden sind. —

Welche sind denn nun die besonderen psychischen Eigenschaften, die man grade als für den Tuberkulösen charakteristisch zu bezeichnen pflegt?

Da ist an erster Stelle der leichte Sinn, mit dem der Lungenkranke seinen Zustand zu betrachten geneigt ist, zu erwähnen, und der so zu sagen als zur Krankheit gehörig gilt. — Aber ich halte die oft gebrauchte Wendung vom «leichtsinnigen Völkchen der Tuberkulösen» für eine reine Redensart.

Der Leichtsinn ist keine der Phthise als solcher zugehörige und besonders ihr grade zukommende Eigenschaft, und es ist gar nicht wahr, dass die Mehrzahl der Kranken ihr Leiden auf die leichte Achsel nimmt, ein grosser Theil ist, ganz im Gegentheil, recht ernst gestimmt und sieht der Weiterentwickelung der Dinge — oft schon aus rein materiellen Gründen — in recht trüber Stimmung entgegen. Einen zahlenmässigen Nachweis hierfür anzutreten gehört ins Bereich der Unmöglichkeit, denn Statistiken hierüber giebt es nicht und kann es nicht geben. Man urtheilt eben immer auf allgemeine Eindrücke hin und bringt dann Behauptungen vor, die wahr und falsch zugleich sind. Im allgemeinen muss man sagen, behält der Lungenkranke als Grundstimmung diejenige bei, auf die er auch in gesunden Tagen schon und von Hause aus abgetönt war. Als Beweis, dass so mancher Kranke vielmehr ernsten Gedanken nachzuhängen geneigt ist, führe ich die oben erwähnten von Mendelsohn veröffentlichten Gedichte eines tuberkulösen Patienten an, die durchweg eine trübe Stimmung athmen. Und wenn vielleicht in diesem oder jenem Falle die Stimmung wechselt, wenn ein «zum Tode betrübt» zuweilen recht schnell dem «himmelhoch jauchzend» Platz macht, so ist das doch bei dem chronischen Verlaufe der Krankheit und dem häufigen Auf- und Niederschwanken der Symptome kein Wunder. Sind denn wir selbst in gesunden Tagen nicht gleichfalls ähnlichen Stimmungen unterworfen? Warum soll dieses Verhalten nun gerade beim Lungenkranken etwas Specifisches, etwas Charakteristisches sein! Es kommt hinzu, dass in einem grossen Theile der Fälle die subjektiven Beschwerden gering, ja dass sie fast gleich Null sind, oft erinnert kaum ein Hustenstoss oder ein stechender Schmerz in der Schulter an das noch bestehende Leiden, die meisten Patienten befinden sich im Vollbesitze ihrer körperlichen und geistigen Kräfte, haben wir da das Recht, einer

ganzen Kategorie von Kranken den Vorwurf des Leichtsinns zu machen, wenn gelegentlich einer doch einmal über das Mass des für ihn Zweckmässigen hinausgeht? Vielleicht trägt bisweilen auch der Umstand dazu bei, den Patienten die ihm gezogenen Grenzen überschreiten zu lassen, dass der Arzt von der Heilung der Krankheit so viel spricht, dass die Vorstellung dieser Heilung vorwiegt, und wenn auch der Arzt immer und immer wieder darauf hinweist, dass die Möglichkeit der Heilung und der Dauererfolg vom zweckmässigen dauernden Verhalten des Kranken bezw. Geheilten selbst abhängig sei, so bedarf es doch schon grossen ärztlichen Taktes, grosser Menschenkenntniss und der Fähigkeit des Eingehens auf den Einzelnen, um da immer das Richtige zu treffen. Jeder Kranke muss anders aufgefasst werden, je nach Charakter und Naturell muss bei dem einen mehr die günstige Chance, beim andern mehr der Ernst auch leichter Erkrankung in den Vordergrund gerückt werden. Selbst derselbe Patient wird zu verschiedenen Zeiten sehr verschiedener Zusprache bedürfen, je nach der Stimmung, die ihn grade beherrscht. Und eben weil in dieser Beziehung nicht blos zwischen den verschiedenen Individuen, sondern auch beim einzelnen so überaus grosse Differenzen bestehen, bin ich der Meinung, das die Belehrungen auf der Liegehalle, von denen Dettweiler[1]) spricht, vom pädagogischen und psychologischen Standpunkte aus betrachtet, nur von sehr problematischem Werthe sein können, ja ich glaube, dass sie oft sogar grossen Schaden anstiften können. Bequem mag ja diese Art psychischer Behandlung für den Arzt sein, aber von einer Einwirkung kann doch für gewöhnlich nur dann die Rede sein, wenn sich Arzt und Patient Auge in Auge allein gegenüberstehen und der Kranke unter dem Eindrucke steht, das Gesagte gälte nur ihm ganz allein. Nur so und nicht anders ist eine Beeinflussung möglich. Freilich Dettweiler meint, dass das im «Sprechzimmer, wo man noch ein Dutzend Harrende draussen weiss, nur ganz ungenügend möglich ist, aber es kommt doch nur darauf an, wie lange die Sprechstunde dauert und wie viele Patienten sich der Arzt bestellt. Die ganze Zahl der Wartenden braucht doch nicht unbedingt im Laufe der festgesetzten Sprechstunde abgefertigt zu werden. Ich bin selbst Anstaltsarzt gewesen, und weiss wohl, dass die Sprechstundenzeit oft recht knapp angesetzt ist, aber findet sich denn nicht ausserhalb dieser Zeit auf einem Spaziergange da und dort auch Gelegenheit den Patienten näher zu treten? Fast will es mir erscheinen, als ob wir Aerzte im freien Kurorte hier mehr leisteten, denn wohl die meisten von uns suchen und finden die Gelegenheit auch ausser der Sprechstundenzeit ihren Patienten näher zu treten und sie im günstigen Sinne zu beeinflussen.

Um nun wieder zum Thema zurückzukehren: also mit dem leichten Sinne der Phthisiker ist es nichts; mit dieser ganz und gar nicht zutreffenden Redensart muss aufgeräumt werden.

Aber das ist nicht das Einzige, was als für die Psyche des Phthisikers charakteristisch angesehen wird; betrachten wir einmal das, was Brehmer in seinem schon oben citirten Aufsatze: «Ueber die Verwandtschaft der Phthise mit Geistesstörung und Epilepsie» sagt. Da heisst es: «Sie (die Patienten) gestehen ein, dass ihr Gedächtniss schwächer geworden ist, dass sie eine ernste Lektüre nicht mehr treiben können, da ihnen das Fassen und Denken schwer, und sie oft nicht mehr einen Satz zu Ende denken können. Jede Besserung, die im phthisischen Process eintritt, lässt auch in relativ kurzer Zeit in geistiger Beziehung eine Besserung constatiren». Und dann kurz darauf: «Giebt sich nicht oft genug der Beginn des Leidens durch Aenderung des Charakters kund? Und die so gesteigerte Empfindlichkeit der Phthisiker über die geringste Kleinigkeit, zeigt sie nicht eine abnorme geistige Thätigkeit an?»

Indessen alle die Symptome von denen Brehmer hier spricht, kann ich nicht als grade dem tuberkulösen Process zugehörig gelten lassen. Es ist doch eine allbekannte Thatsache, die sich jedem Arzte tagtäglich aufs neue förmlich aufdrängt, dass als Combination mit der Lungenphthise neben ihr herlaufend Hypochondrie, Neurasthenie oder Hysterie oft genug gleichzeitig sich entwickeln. Aber das kommt bei anderen chronisch Kranken genau eben so häufig vor, das ist ganz gewiss nichts der Lungentuberkulose besonders Eigenthümliches. Und die Charakterveränderung, die gesteigerte Empfindlichkeit, die Brehmer als Initialsymptom aufgefasst wissen will, das erschwerte Denken und Fassen, sollte dies alles nicht in vielen Fällen durch geringe Temperatursteigerungen, vielleicht nur 37,6 oder 37,8 (im Munde gemessen), seine einfache Erklärung finden? Man sieht es immer und immer wieder, dass Patienten, nachdem diese subfebrilen Temperaturen abgesunken waren, sofort ihre Denk- und Arbeitsfähigkeit neu erwachen fühlten. Aber all das ist nichts für die tuberkulöse Lungenphthise charakteristisches, man findet ganz dasselbe Verhalten bei subfebrilen Zuständen, die auf anderer Basis sich entwickeln. Dass im Fieber, selbst so geringgradigem, Denkfähigkeit, Arbeitslust, überhaupt alle geistigen Fähigkeiten alterirt sind, das hat jeder schon gelegentlich an sich selbst erfahren; auch darüber kann jeder aus Erfahrung mitsprechen, wie er mit dem Absinken der Temperatur zur Norm seine geistigen Fähigkeiten wieder erwachen fühlte. Uebrigens bedarf es oft nicht einmal einer positiven Unterlage auch beim Gesunden, um sich an verschiedenen Tagen verschieden «aufgelegt» zu fühlen.

Brehmer ist so weit gegangen, die Phthise mit Geistesstörung und Epilepsie in Verbindung zu bringen, aber seine Behauptung und seine Beweisführung haben nicht ausgereicht, um einen grösseren Theil der Aerzte zu dieser Ueberzeugung zu bringen. Was die von ihm citirten Fälle beweisen, ist nur das, dass in stark erblich belasteten Familien die Phthise eine recht häufige Erscheinung ist. Das ist aber doch kein Wunder, wenn bei starker Depotenzirung, mit der sich dann noch oft genug Extravaganzen aller Art, namentlich unregelmässiges und ausschweifendes Leben verbinden, eine Phthise zum Ausbruch kommt.

Hieran knüpfe ich gleich die Bemerkung, dass das, was man immer vom «gesteigerten Sexualtrieb des Phthisikers» sagt, wohl nur eine Verwechslung von Ursache und Wirkung ist: Nicht die Schwindsucht führt zu einer stärkeren Erregbarkeit des Sexuallebens, sondern umgekehrt, der vielen innewohnende starke Geschlechtstrieb und die daraus sich ergebenden Excesse in Venere führen zur allgemeinen Schwächung des Organismus und dem Ausbruche einer etwa vorhandenen latenten Phthise bezw. erleichtern sie die Infektionsmöglichkeit. — Aber selbst im Falle des Fehlens einer solchen Krankheitsursache, bei nur ganz normalem Geschlechtstriebe, kann die Entwickelung höherer Grade desselben im Laufe der Krankheit Wunder nehmen, wenn überreiche Eiweissnahrung, ausgedehnte Liegekur, monatelanger Aufenthalt in Anstalten, wo dem an Geschlechtsgenuss gewöhnten die sexuelle Befriedigung verboten und versagt ist, wenn absoluter Müssiggang und meist recht elende Romanlektüre den Inhalt der Kur ausmachen? Würden sich Gesunde unter solchem Régime nicht ebenso verhalten?

Am schlimmsten ist der Müssiggang; er ist auch hier aller Laster Anfang. Wer je in einer Lungenheilanstalt

[1]) Zeitschrift für Tuberkulose und Heilstättenwesen. Band I, Heft 2, Mai 1900.

als Arzt oder Patient längere Zeit gelebt und die Dinge ein wenig mit Aufmerksamkeit angesehen hat, dem kann das unglaubliche geistige Elend nicht entgangen sein, das da oft wohnt. Es thut einem gradezu weh, wenn man diese grosse Zahl von kräftigen, wohlgenährten Männern und Frauen im besten Alter sieht, wie sie nicht Tage und Wochen, oft Monate, sogar Jahr und Tag im absoluten Müssiggang dahinleben. Die ganze Zeit wird durch die Kur in Anspruch genommen, die darin besteht, dass Liegen, Essen und Schlafen mit einander abwechselt. Wenn in solcher Weise bei den Patienten monatelang nur die vegetativen Funktionen des Organismus cultivirt werden, ist dann etwas anderes zu erwarten, als eine Abnahme des Denk- und Fassungsvermögens, muss dann nicht nothwendig und folgerichtig ein Einrosten aller geistigen Fähigkeiten eintreten?

Ein Beispiel aus der Praxis: Ein junger Mann, Student, leicht erkrankt, kurz vor seinem Examen, tritt in eine Anstalt ein. Wesentliches Krankheitsgefühl ist nicht vorhanden, so nimmt er, um die erworbenen Kenntnisse festzuhalten, einige Bücher mit. Aber es dauert gar nicht lange, da ist die Arbeitslust verflogen, die träge Atmosphäre der Umgebung hat schnell angesteckt, es heisst, Arbeit vertrage sich nicht mit der Kur und was der Ausreden noch mehr sind. Die Schwere der Krankheit trägt nicht die Schuld daran, denn die Arbeitslust war zu einer Zeit noch vorhanden, als die Behandlung noch gar nicht eingesetzt hatte; mit der Besserung im Laufe des Kuraufenthaltes hätte Lust und Fähigkeit zur Arbeit doch wohl steigen müssen! Aber sie sinkt in der Regel und zwar durch den Mangel an pädagogischer Beeinflussung. Nun kann man sich leicht eine Vorstellung machen, was aus einem jungen Menschen wird, der in eine Umgebung versetzt wird, deren einzige Unterhaltung und «Thätigkeit» der Klatsch, der Flirt und die Nörgelei ist. Das ist in der Privatanstalt genau so der Fall, wie in der Volksheilstätte. Die Aerzte der letzteren wissen ein Lied davon zu singen, zu welchen Missständen und Unannehmlichkeiten der Müssiggang hier führt. In der Erkenntniss dessen hat man sich bemüht, die Kranken zu irgend einer nutzbringenden Thätigkeit heranzuziehen: Wolff hat den Versuch gemacht sie mit leichten landwirthschaftlichen Arbeiten zu beschäftigen, Weicker richtete Unterrichtscurse in Korbholzschnitzerei, Stenographie und dergl. ein. — Nun, die Frage nach Beschäftigung für einen in einer Volksheilstätte zur Kur untergebrachten Arbeiter erscheint mir von relativ geringer Bedeutung; denn dieser verlernt während seines meist dreimonatlichen Aufenthaltes in der Anstalt das Arbeiten nicht; äussere Gründe zwingen ihn ja dieselbe nach der Entlassung wieder aufzunehmen. Viel wichtiger ist die Frage nach Beschäftigung in den Privatanstalten und offnen Kurorten; grade hier verlernt der Patient die Arbeit nur gar zu leicht und fällt dann weiterhin, auf Krankheit und Kurnothwendigkeit pochend, der Familie oft genug dauernd zur Last. Von diesen Verhältnissen hören die Anstaltsärzte nichts, aber die Hausärzte werden mir beipflichten. — Meines Wissens hat nur Römpler es unternommen, seinen Patienten Vorträge literarischen Inhalts halten zu lassen, aber solche Vorlesungen, so interessant und anregend sie auch sein mögen, können dem an systematische Arbeit Gewöhnten nicht genügen, und sie stellen auch kein Pensum für einen an geordnete Thätigkeit zu Gewöhnenden dar.

Wenn jeder Tuberkulöse zugleich Neurastheniker ist, wie es oft heisst, sei es, dass dieselbe Ursache beide Krankheiten auslöste oder dass die eine auf dem Boden der anderen ihre Wurzel fand, immer bleibt dann auch die Neurasthenie des Phthisikers gleichzeitig der Gegenstand ärztlichen Bemühens. Das ist nun nicht mit einigen hydriatischen Proceduren abgemacht, sondern in den Mittelpunkt der Behandlung ist die Beschaffung einer geordneten vernünftigen Thätigkeit zu setzen. In mehreren sehr lesens- und beherzigenswerthen Aufsätzen über die Behandlung «Nervöser» hat Möbius[2]) auf die Wichtigkeit der Behandlung dieser Kranken mit Arbeit hingewiesen, natürlich in einer dem Patienten angepassten Norm. Was er da für die «Nervösen» fordert, das hat zum guten Theile auch mit seine Geltung für die nervösen Lungenkranken. An diesem Punkte muss die psychische Behandlung unserer tuberkulösen Patienten einsetzen, wenn sie praktische Resultate haben soll. Erste Voraussetzung ist selbstverständlich, dass Fieber oder irgend welche andere Complicationen nicht bestehen. Den Arbeitstrieb neu in Behandlung tretender Patienten müssen wir pflegen und zu erhalten suchen, ihn natürlich dauernd überwachen und in vernünftigen Bahnen halten, damit keine Uebertreibungen vorkommen können. Es muss System, Plan und Ordnung in die Thätigkeit gebracht werden: täglich ein kleines Pensum zu einer bestimmten Zeit überwältigen, das kann ein jeder. Nur eine bestimmte Arbeitsleistung kann, auch während einer langen Kurdauer, Befriedigung gewähren. Namentlich jüngeren Leuten die noch in der Vorbereitung für einen Beruf stehen, sollte man ein bestimmtes Mass täglicher Arbeit zur Pflicht machen, ja man kann ihnen das sogar als einen Theil der Kur selbst darstellen. Der behandelnde Arzt kann sich so den Dank vieler Patienten verdienen. Dem Studenten kann man Repetitionen aller Art empfehlen, den jungen Kaufmann zum Erlernen einer fremden Sprache ermuntern und dergl. mehr. Anstatt stumpfsinnige Romane lesen zu lassen, halte man die Patienten zu nützlicher Arbeit an. Die Neurasthenie, die Hysterie, die Hypochondrie wird dann die Patienten wie die Aerzte weniger quälen.

Beginnen wir die psychische Behandlung mit der Anleitung und Anregung unsrer Kranken zu regelmässiger Arbeit, dann wird sie auch bessere Erfolge haben, als bisher.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

[2]) Möbius Neurologische Beiträge.

— Das Validol ist eine chemische Verbindung von Menthol und Valeriansäure mit einem Gehalt von 30% freien Menthols. — G. Schwersenski («Therapeutische Monatshefte» 1901, Heft 5 und 6) rühmt das Mittel ausserordentlich wegen seiner theils localen, theils cerebralen analeptischen und reflexherabsetzenden Wirkung bei verschiedenen Neuralgien (Migräne, Cardialgie, Hysterie, Reflexneurosen, acuter Alcoholintoxication etc.) Local findet es namentlich in der Nase und im Rachen Verwendung. Innerlich giebt man es zu 5—10 Tropfen 3 mal täglich. — Eine 10% Lösung von Campher in Validol wird unter dem Namen Validolum camphoratum verkauft und soll ein unübertreffliches Analepticum bei acuten Schwächezuständen sein (innerlich zu 10 Tropfen). Beide Mittel sind angenehm zu nehmen.

— Das Stypticin ist ein in chemischer Hinsicht dem Hydrastinin nahestehender Körper und bildet ein gelbes krystallinisches Pulver, das in Wasser leicht löslich ist. Im Handel ist es in gezuckerten Tabletten à 0,05 zu haben und in dieser Form am besten zum innerlichen Gebrauch geeignet. Zur subcutanen Injection wird eine 10% wässerige Lösung verwandt, von der 2 ccm. pro dosi genügt. Auch bei wochenlangem Gebrauch macht es keine üblen Nebenerscheinungen. Die häufigste Anwendung findet das Mittel bei Uterusblutungen, aber auch bei Lungenblutungen, Epistaxis, Blutungen nach Zahnextraction (in den beiden letzten Fällen wird eine 30% Lösung local applicirt) wird ihm eine prompte Wirkung nachgerühmt in Fällen, wo Hydrastis Canad. im Stich lässt. (Schossberger, «Die Heilkunde» 1901, 5. Heft).

Protokolle
des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1300. Sitzung am 12. März 1901.

1) Tiling: Nephrectomie wegen Nierencarcinom (mit Krankenvorstellung).

Pat., 53jähr. kräftig gebauter, ziemlich corpulenter Mann, früher immer gesund, hatte zuerst vor ca. 7 Jahren einen Anfall von heftigem Schmerz in der linken Bauchseite; seitdem hat dieser Schmerz sich nur ca. 2 Mal wiederholt; Concremente sind nicht abgegangen, aber der Harn hatte oft erheblichen Bodensatz. Der letzte (vierte) Anfall im Januar d. J. war von Blutharnen gefolgt, welches 10 Tage andauerte; am Tage vor der Vorstellung des Patienten war der Harn wieder normal geworden. Bei der Untersuchung wurde ein zwischen Rippenbogen und Spina ossis ilei (links) gelegener, nicht ganz glatter, beweglicher Tumor nachgewiesen, der als vergrösserte und dislocirte linke Niere angesprochen werden musste. Nach der Untersuchung wiederholte sich das Blutharnen. Die spontan, ohne nachweisliche Schädlichkeiten, auftretenden Blutungen, im Zusammenhalt mit dem Palpationsbefund, sicherten die Diagnose: Carcinom der linken Niere. Die von Dr. Michailow ausgeführte Cystoskopie wies normale Function der rechten Niere nach. Am 6. Februar führte Vortragender die Nephrectomie durch Lumbalschnitt (extraperitoneal nach König) aus. Die Operation war sehr schwer wegen grosser Tiefe der Wunde, Grösse der Niere und Verwachsungen mit der Fettkapsel. Besondere Schwierigkeiten bereitete die Unterbindung des Ureter und der Gefässe am Hilus; Arteria und Vena renalis mussten en masse unterbunden werden; Operationsdauer 2 Stunden. Pat. war nach der Operation sehr angegriffen. Die Function der rechten Niere blieb aber eine normale, die gefürchtete reflectorische Anurie trat nicht ein und es wurden schon in den ersten 24 Stunden 400 Ccm. Harn entleert. Die Heilung verlief glatt. — Pat. wird vorgestellt; die Operationsnarbe, in der linken Lumbalgegend beginnend und von da parallel mit dem Rippenbogen verlaufend, misst 30 Cm. — Demonstration der exstirpirten Niere: Gewicht 860 Grm. (normales Gewicht 100—150 Grm., Maximum 260 Grm.). Auf dem Durchschnitt ein mehr als apfelgrosses Carcinom, das Nierenbecken ausfüllend; in den Nierenbecken mehrere Steine von verschiedener Gestalt.

Im Anschluss hieran demonstrirt Vortragender noch ein zweites Präparat: vergrösserte Niere mit zahlreichen Steinen im Nierenbecken und in den Kelchen. Die Patientin, eine 38jährige Dame, war schon vor 13 Jahren (1886) wegen Tumor des linken M. rectus abdominis (sarcomatös gewordenes «Desmoid», von der hinteren Rectusscheide ausgehend) operirt worden. Danach vollständige Heilung und Wohlbefinden, mehrere Geburten. 1894 waren zum ersten Mal Schmerzen mit Uebelkeit, Erbrechen und Anurie aufgetreten. 1897 wegen Nierensteinen Nephrotomie per laparotomiam (Prof. Ratimow). Eröffnung des Nierenbeckens. Enfernung von ca. 10 Steinen, Einnähung der Niere, Harnfistel. Langsame Reconvalescenz. (Operation im December 1897, Entlassung im Juli 1898.) Das vollständige Wohlbefinden wurde später nur durch die Harnfistel gestört, welche der Kranken das Leben verbitterte; sie woll[te] durchaus von der Fistel befreit werden und wandte sich des-halb im Februar 1899 an Vortragenden. Das durch die Fistel (resp. durch 3 Fistelöffnungen) entleerte Harnquantum betrug ca. 300—400 Ccm. in 24 Stunden, also ca. 1/3 des Gesammt-quantums. Es konnte mithin angenommen werden, dass die andere Niere normal functionirte. Wegen eczematöser Ver-änderung der Haut in der Umgebung der Fistel, wurde die-erst durch die Hautnaht gedeckt; danach Nephrectomie per laparatomiam (am 9. Februar 1899): die Heilung war durch die Hautaffection gestört, verliet fieberhaft. Das Harnquantum p. operat., anfangs 400—600 Ccm., erreichte bald wieder die Norm. (Entlassung am 26. Mai.)

Als eine Eigenthümlichkeit des ersten Falles hebt Vortragender hervor, dass ein so grosses Carcinom nur einmal zu einer grösseren Blutung geführt hatte.

Discussion:

Assmuth: Frühzeitig auftretendes spontanes Blutharnen spricht immer für Carcinom der Niere; im ersten der mitgetheilten Fälle mögen vielleicht auch die Nierensteine an den Schmerzanfällen schuld gewesen sein; sie könnten auch secundär, durch Stagnation in den durch das Carcinom abgeschlossenen Nierenkelchen, entstanden sein.

2) Ucke: «Zur bacteriologischen Diagnose der Gonorrhoe».

Seit Neisser im Gonococcus den Erreger der gewöhnlichen acuten eitrigen Urethritis erkannt hatte, war die Erhebung des bacteriologischen Befundes in acuten Fällen mikroskopisch leicht. Schwieriger gestaltete sich die Aufgabe, den Coccus in chronischen Fällen zu finden und zu identificiren. Man war zunächst darant bedacht, durch Anwendung verschiedener Färbemethoden, Modification der Gram'schen Färbung, endlich durch die vitale Reaction mit Neutralroth (Plato) die Diagnose zu sichern. Man wandte Reizungen der Schleimhaut, Expression der Prostata und dergl. mehr an, um die Gonococcen aus versteckten Herden zum Vorschein zu bringen, und endlich versuchte man auch die Cultur, die bei vielen bacteriologischen Diagnosen Hervorragendes leistet. Es war das menschliche Serum als guter Nährboden anerkannt, die Transsudate des menschlichen Körpers mit Pepton-reichem Agar gaben ein günstiges Substrat; immerhin waren diese Stoffe schwierig in genügender Menge und Qualität zu beschaffen.

Als Fortschritt war die Mittheilung Wassermann's anzusehen, dass das Schweineblutserum, mit Nutrose und Glycerin entsprechend präparirt und mit Agar gemengt, einen guten Nährboden für die Gonococcen darbiete. Die leichte Beschaffung des Materials, die sichere Sterilisation und die bequeme Handhabung des Verfahrens nahmen mich für die Methode sofort ein und ich ging vor nunmehr 2½ Jahren daran, die Methode zu prüfen.

Zunächst machten wir, gemeinschaftlich mit Prof. Petersen, Untersuchungen von Urethritiden bei Frauen, die mich zu weiterer Anwendung des Verfahrens ermuthigten.

Seitdem habe ich Gelegenheit gehabt, die Culturmethode mit dem Wassermann'schen Nährboden 90 Mal bei Urethritiden der Männer, meist chronischen Formen, anzuwenden. Von diesen Untersuchungen fielen 9 positiv, 81 negativ aus. Die Control-Untersuchungen im gefärbten Präparat ergaben 11 Mal ein positives Resultat, was zu Ungunsten der Culturmethode zu sprechen scheint. Bei genauerer Prüfung stellt sich jedoch heraus, dass in einem Falle, wo die Cultur negativ, der mikroskopische Nachweis der Gonococcen positiv ausfiel, kurz vor der Entnahme des Materials eine Injection in die Urethra zu therapeutischen Zwecken vorgenommen war, und daher das Desinficiens das Wachsthum gehindert hatte. Wenige Tage später gelang der culturelle Nachweis bei demselben Patienten.

In einem Falle war das culturelle Resultat positiv, während mikroskopisch keine Gonococcen nachweisbar waren. Somit bleiben 2 Fälle, in denen die mikroskopische Untersuchung mehr leistete als die Cultur; im Ganzen also ein Uebergewicht von eins auf 11 Fälle.

Es liegt mir natürlich fern, deswegen über dem Culturverfahren zum Nachweis der Gonococcen den Stab zu brechen, noch auch kann ich ihm vorläufig einen grossen Vorzug einräumen gegenüber dem mikroskopischen, allein aus meinen Untersuchungen erhellt, dass der Wassermann-sche Nährboden entschieden einen sehr günstigen Nährboden für die Gonococcen darstellt; andererseits trägt die culturelle Prüfung entschieden viel zur Erkenntniss der Vorgänge bei der chronischen Gonorrhoe bei.

Zunächst können bei Urethritiden in den Fäden Diplococcen vorkommen, die Gonococcen vortäuschen, wobei selbst die Gram'sche Färbung uns in die Irre führen kann: weiter aber werden die Fäden häufig von anderen Mikroorganismen, zumal Stäbchen bevölkert, die für den Process als nicht gleichgiltig betrachtet werden können. In Bezug auf die übrige Flora der Filamente, die ich nur bei-

läufig und flüchtig zu studiren im Stande war, ergaben meine Untersuchungen in 10 Fällen ein kleines feines Stäbchen, das ich zu den Smegmabacillen rechnen muss; 18 Mal Mikrococcus uveae, 6 Mal Diplococcen und 49 Mal blieben die Aussaaten ganz steril.

Endlich kann ich nicht umhin, mit einigen Worten auf die Bedingungen einzugehen, die den Erfolg bei Gewinnung der Gonococcenculturen garantiren, da ich darin besondere Erfahrungen gemacht habe. Allerseits ist darauf hingewiesen worden, dass die Gonococcen gegen Temperaturschwankungen sehr empfindlich seien, was ich auch durchaus bestätigen muss in Bezug auf die Schwankungen der Temperatur nach oben über 37° C. Gegen Erniedrigung der Temperatur dagegen sind sie weniger empfindlich; denn schon bei den Untersuchungen, die ich mit Prof. Petersen ausführte, impfte derselbe die Platten im Kalinkin-Hospital und stellte sie mir nach Stunden zu, wobei sie häufig durch Frost transportirt wurden; immerhin gingen die Culturen stets gut an. Auch gingen die Autoren stets darauf aus, das Material so frisch wie möglich auf den Nährboden und in den Thermostaten zu bringen. Daran war ich bei meinen Untersuchungen vielfach durch äussere Umstände verhindert, konnte mich aber überzeugen, dass auch das den Erfolg nicht beeinträchtigte: Ein mir von der Wiborger Seite im Winter Morgens zugestellter Harn wurde von mir gegen 5 Uhr Nachmittags in Arbeit genommen und ergab eine Reincultur von Gonococcen.

Wenn wir den Eheconsens auf Grund unserer Untersuchungen geben müssen, so haben wir doch schliesslich auf den Nachweis von Gonococcen zu recurriren. Brauser's Untersuchungen haben nun ergeben, dass nur 18 pCt. der 300 untersuchten Männer keine Filamente im Harn aufwiesen; das Gros dieser 18 pCt. entfiel auf das Alter bis 20 Jahr. Somit müssen wir schliessen, dass nur in seltenen Fällen ein Tripper so vollständig ausheilt, dass gar keine Fäden für's Leben bleiben. Alle, die Fäden im Harn haben, von der Ehe auszuschliessen ist demnach kaum möglich. Um aber sicher zu gehen, müssen wir Alles anwenden, um die Gonococcen zu finden, und das Culturverfahren nimmt da nicht die letzte Stelle ein. (Autoreferat).

Vortr. demonstrirt einige Gonococcen-Culturen.

Discussion:

Petersen: Die an den Culturen constatirte Thatsache, dass der Gonococcus gegen höhere Temperatur (über 37° C.) sehr wenig widerstandsfähig ist, bei 38° schon geschädigt, bei 39—40° bereits abgetödtet wird, steht nicht im Einklang mit der klinischen Erfahrung: bei hoch Fiebernden, z. B. bei Typhuskranken, schwindet zwar der gonorrhoische Ausfluss vorübergehend während des hohen Fiebers, kehrt aber nach Abfall der Temperatur gewöhnlich wieder. Auffallend ist es, dass bei positivem Ausfall der mikroskopischen Untersuchung, wie auch der Cultur, der Gonococcus fast stets allein und neben ihm keine anderen Mikroorganismen gefunden werden; offenbar führt der Kampf ums Dasein zwischen dem Gonococcus und den anderen Formen zur Vernichtung des unterliegenden Mikroorganismus. Von besonderer Wichtigkeit ist der Nachweis des Gonococcus, und also auch das Culturverfahren, in den chronischen Fällen mit Fäden im Urin; denn letztere können auch ohne Gonococcen und sogar auch ohne vorhergegangene Gonorrhoe (bei Prostatitis) bestehen.

Dobbert hat bei der Untersuchung des Vaginalsecrets mehrfach neben den Gonococcen auch andere Formen (Diplococcen und Bacillen) gefunden, welche die mikroskopische Diagnose sehr erschweren können; characteristisch für den Gonococcus ist immerhin, dass er stets innerhalb der Zellen zu finden ist.

Petersen: Das oben Gesagte bezieht sich nur auf das Secret der Urethra und gilt dann ebenso auch für Frauen; in der Vagina gedeiht der Gonococcus schlecht; daher findet man im Vaginalsecret neben ihm auch viele andere Formen. Beim Weibe localisirt sich der gonorrhoische Process in der Urethra oder im Uterus und Adnexen. Dagegen giebt es auch bei Frauen eine acute eitrige Urethritis non gonorrhoica. Die mit Gonorrhoe inficirten Frauen wenden sich an den Gynäkologen meist erst dann, wenn der Process schon auf Uterus und Adnexa übergegangen; das Secret der Urethra ist dann sehr gering, kaum bemerkbar.

Ucke bestätigt, dass der Gonococcus nur auf Cylinder epithel, nicht auf Plattenepithel, daher auch nicht in der Vagina gedeiht. Eine eigentliche Vaginitis gonorrhoica komme nach Angabe der Autoren nur bei kleinen Kindern vor.

Dobbert: Acute Urethritis ist bei Frauen überhaupt selten; die chronische gonorrhoische Urethritis kommt dagegen in der gynäkologischen Praxis vor, auch ohne dass Uterus und Adnexa davon afficirt wären.

Director: W. Kernig.
Secretär: E. Blessig.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

685. Sitzung den 9. Januar 1901.

Vorsitzender: Moritz. Secretär: Albanus.

1. Moritz: Ueber Lebensprognosen. (Erscheint im Druck).

686. Sitzung den 23. Januar 1901.

Vorsitzender: Tiling. Secretär: Albanus.

1. Petersen demonstrirt: 1) einen Fall von Favus der ohne Epilation nur mit Carbolvaselin behandelt worden ist und bereits recht gute Resultate aufweist. Der Favus ist auch an nicht behaarten Theilen des Körpers (Schultergegend) zu bemerken.

2) Eine Reihe von Lupuskranken und bespricht die Therapie des Lupus.

Diskussion:

Heuking: Die Behandlung bei den Fällen, die hier vorgestellt werden ist nicht die Lichtbehandlung. In dem einen Falle, wo sie angewandt wurde, ist der Erfolg nicht hervorragend, nur ein schmaler Streifen Narbengewebe ist sichtbar und es ist so wie so ein milde verlaufender Fall. Ein mindestens ebenso gutes Resultat weisen andere der hier demonstrirten Fälle auf. Wie verhalten sich nun die verschiedenen Behandlungsmethoden zu einander?

Petersen: Ein Urtheil über die Lichtbehandlung lässt sich nach diesem einen Fall nicht aussprechen. Ich hoffe Ihnen ein andres Mal eine Serie von Lupuskranken vorzustellen, die mit Licht behandelt worden sind. Diese Behandlungsweise hat bisher wenigstens keine Recidive der Krankheit gegeben. Sie ist nur sehr langwierig, 150—200 Sitzungen bringen gewöhnlich erst ein sichtbares gutes Resultat. Die anderen Behandlungsmethoden sind aber auch langwierig, und sind wegen der Häufigkeit der Recidive nicht so zuverlässig wie die Lichtbehandlung. Am besten bewährt hat sich mir die Milchsäure und das Resorcin. Die erstere ist in frühen Stadien des Lupus sehr gut. Ein Fall, bei dem ich vor 4 Jahren Incisionen mit nachfolgenden Milchsäurebeizung angewandt h be, ist bis jetzt frei von Recidiven.

Schröder. Die Flecken auf der Cornea bei Lupus sind ein zufälliger Befund. Es handelt sich ja um tuberculöse Individuen, bei denen Keratitiden so wie so häufig sind. Etwas anderes ist es mit dem Lupus der Conjunctiva. Dieser war bisher gar nicht oder kaum einer Therapie zugänglich. Die Finsen'sche Lichtbehandlung kann man nicht anwenden, wohl aber könnte man die kranke Conjunctiva den Röntgenstrahlen aussetzen, welche Behandlungsweise von Petersen ebenfalls erwähnt wurde. Würde dieselbe eine Wirkung haben?

Petersen: Es liegen bisher eine Arbeit von Möller in Schweden und eine Abhandlung von Schiff in Wien über diese Frage vor. Beide haben ihren Arbeiten phototypische Aufnahmen beigefügt, — die Resultate sind gut. Inwieweit die Möglichkeit eines Recidivs ausgeschlossen ist, weiss man noch nicht, doch ist jedenfalls diese Methode eines Versuches werth.

E. Moritz: Von Kümmell liegt eine neue Arbeit über Heilungen von Hautkrankheiten durch Röntgenstrahlen vor.

Horn: Diese Behandlungsweise ist zuerst im Eppendorfer Krankenhause angewandt worden, und habe ich gelegentlich eines Besuches daselbst, mich von den guten Resultaten überzeugen können. Wie es mit der Frage der Recidive hierbei steht, weiss ich allerdings nicht. — Der erste mit Röntgenstrahlen behandelte Patient war ein kleiner Sohn von Kümmell, der ein Muttermal hatte und sich bei der Behandlung eine Dermatitis zuzog; die erste, die in Deutschland zur Beobachtung kam.

O. Moritz: Im Alexander-Hospital ist ein Fall von Lupus im Laufe von zwei Monaten ambulatorisch mit Röntgenstrahlen behandelt worden und hat eine sehr erhebliche Besserung gezeigt. Leider blieb der Patient in der Folge fort.

Tiling: Die früheren Behandlungsweisen, das Excidiren mit nachfolgender Transplantation, das Auskratzen mit dem scharfen Löffel, das Brennen, oder die lokale Application von einer Creosotlösung auf tuberculöse Geschwüre und Fisteln, haben doch auch mehrfach gute Resultate geliefert.

Heuking: Die Therapie des Lupus ist früher nicht so ganz aussichtslos gewesen. Bei sehr ausgebreitetem Lupus liessen ja wohl die früheren Behandlungsmethoden im Stich, aber in solchen Fällen wird auch die Lichtbehandlung nichts ausrichten. Bei geringerer Ausbreitung des Lupus hat die Galvanocaustik gute Resultate gegeben, die keine Recidive im Gefolge hatten. Auch mit der Ausschabung sind Fälle von Lupus zur Heilung gekommen. Naevi des Gesichtes habe ich mit Elektrolyse erfolgreich behandelt. Allerdings nimmt diese Behandlungsweise viel Zeit in Anspruch.

Petersen: Immerhin ist früher eine Heilung bei Lupus die Ausnahme und nicht die Regel gewesen. Bei dem Aus-

löffeln und Brennen und ebenso bei dem Excidiren mit nachfolgender Transplantation habe ich so oft Recidive auftreten gesehen, dass ich diese Methoden ganz aufgegeben habe. Die Hauptsache ist, das Leiden möglichst früh zu erkennen, je früher die richtige Diagnose gestellt wird und dementsprechend therapeutisch vorgegangen wird, um so besser wird der Erfolg sein.

Horn fragt, warum nur so kleine Partieen (1—1½ qcm.) belichtet werden, und ob man eventuell gleichzeitig mit zwei Apparaten das Licht einwirken lassen könne.

Petersen: Die Linsen sind sehr theuer und können nicht in grösserem Massstabe hergestellt werden. Von beiden Seiten her den Patienten zu belichten würde sehr schwer ausführbar sein.

687. Sitzung den 6. Februar 1901.

Vorsitzender: Tiling. Secretär: Albanus.

1. Lunin: Ueber Blutungen bei Operationen von adenoiden Wucherungen. (Erscheint im Druck).

Diskussion:

Neumann: Besonders die späten Blutungen nach Operationen der adenoiden Wucherungen sind unangenehm. Ich habe drei solcher Fälle allerdings mit gutem Verlauf gesehen. Die Frage wie dieselben und die Blutungen bei den in Rede stehenden Operationen überhaupt zu vermeiden sind, ist sehr wichtig. Auf einen Punkt möchte ich hierbei aufmerksam machen: ich operire nie sofort, wenn ich eine operable Wucherung sehe, ich mache sie erst operationsrecht. Die adenoiden Vegetationen sind immer katarrhalisch, die ganze Umgebung derselben ebenfalls. Wird in einem solchen Gewebe operirt, so ist die Blutung stärker, die Gefässe können sich nicht so gut schliessen. Wird nun der Katarrh zum Schwinden gebracht, so ist nicht nur die Blutung geringer, sondern es besteht noch der Vortheil, dass die Tonsille mehr aus dem sie umgebenden Gewebe hervortritt und man sie leichter entfernen kann. Bei Pinselung mit Lugol'scher Lösung und Tannin einen Tag um den andern, ist der gewünschte Effekt gewöhnlich in zwei Wochen erreicht. Auch die andern beiden Tonsillen entferne ich nach vorhergegangener Präparation. Die Blutung ist dann sehr gering.

Henking: Starke Blutungen sind bei Tonsillotomien überhaupt nicht häufig, und die eintretende Anämie nicht bedeutend. Scheinbar besteht ja wohl eine recht starke acute Anämie, aber man täuscht sich eben leicht, wenn man die absolute Menge des verlorenen Blutes aus den erbrochenen Massen feststellen will. Die Patienten, deren Rachenwand durch das Cocaïn anästhetisch ist, schlucken Blut, es gelangt in den Magen und ruft bald Erbrechen hervor. Die Pat. erschrecken heftig, wenn sie das erbrochene Blut sehen, hierbei kommt es dann leicht zu Ohnmachten, und wir haben das Bild eines Collapses, welcher aber nicht durch den Blutverlust bedingt ist. Wichtig sind hier die Verhaltungsmassregeln die man dem Pat. giebt: man soll ihn nicht liegen lassen. Wenn er sitzt, wird er nicht so viel hinunterschlucken und es wird nicht zu Erbrechen und zu einer Shokwirkung kommen.

Neumann: Lunin und ich haben allerdings keine Todesfälle durch Blutungen nach diesen Operationen gehabt, es hat aber doch 14 Todesfälle gegeben.

Henking: Die Operation ist aber an so vielen Tausenden ausgeführt worden, dass der Procentsatz doch äusserst gering ist. In diesen unglücklichen Fällen können wirklich Anomalien vorgelegen haben.

Lunin: Der absolute Blutverlust kann gewiss aus den von Henking angeführten Gründen für grösser gehalten werden als er de facto ist. Wenn aber wie in meinem Falle eine Anämie nachblieb, die wochenlang anhielt, so ist dieselbe doch nicht nur auf die psychische Erregung zurückzuführen.

Schrenck: Das bei der Operation verwendete Cocaïn vermag eventuell eine Spätblutung hervorzurufen. So sehen wir z. B. bei Amputationen des Collum uteri unter Cocaïn, dass die Gefässe 5—6 Stunden nach der Operation einen sehr schlaffen Eindruck machen.

Fischer: Zoege von Manteuffel verwendet aber mit Erfolg Cocaïninjectionen bei Schleimhautblutungen der Hämophilen.

Wanach: Dass Cocaïn Blutungen verstärken soll ist mir neu. Die secundäre Erschlaffung der Gefässe macht keine Erscheinungen. Bei Cocaïnvergiftung sieht man stundenlang Blässe des Gesichts, es tritt keine Gefässerweiterung auf.

Schrenck: Die Contraction der Gefässe ist das Primäre die später nachfolgende Dilatation derselben, kann doch wohl auch zu Blutungen führen.

Wanach: Das wäre jedenfalls ein Ausnahmefall.

Blessig: Bei Augenoperationen weiss man die anfängliche Anämie nach der Cocaïnisirung sehr zu schätzen. Nachträgliche Injection des Auges oder Blutungen sind mir nie aufgefallen, jedenfalls konnte man sie nicht auf Rechnung des Cocaïns setzen.

Schröder schliesst sich dem an.

Neumann: Die Contraction der Gefässe fällt mit der Anästhesie zusammen, später kommt es zu einer Erweiterung. Vielleicht spielt die Concentration des Cocaïns eine Rolle, und diese Wirkung tritt erst bei höheren procentualen Zusammensetzungen auf.

Kreps: Ich habe Lithotrypsien sowohl unter Cocaïn als unter Chloroform ausgeführt und keinen Unterschied in der Stärke der Blutung gefunden. Beim Cystoskopiren unter Cocaïn ist die Blase blasser als gewöhnlich, nie aber ist mir eine spätere Röthung der Blasenwand aufgefallen, wenn ich 20 oder 30 Minuten später ein anderes Cystokop zum Katheterisiren der Ureteren eingeführt habe.

Henking: In früheren Jahren habe ich sehr häufig Gelegenheit gehabt die Rachentonsillen zu entfernen und habe meist 5% Cocaïn benutzt, manchmal auch noch stärkere Lösungen. Eine gefährliche Blutung habe ich hierbei nie gesehen. Einmal wo es etwas stärker als sonst blutete, mag eine Vorwölbung im Bereiche eines Halswirbels bestanden haben wie Lunin sie beschreibt.

688. Sitzung den 20. Februar 1901.

Vorsitzender: Tiling. Secretär: Albanus.

O. Moritz: Die körnige Degeneration der rothen Blutkörperchen. (Erscheint im Druck).

Diskussion:

Schröder: Aendert sich der Blutbefund wenn sich die an Bleivergiftung leidenden Patienten einer Behandlung unterziehen?

O. Moritz: Man hat die Beobachtung gemacht, dass bei längerem Fernbleiben von der Arbeit die Zahl körnig degenerirter Blutkörperchen geringer wurde. Es besteht aber kein direktes Verhältniss zwischen der Schwere der Vergiftung und der Länge der Arbeitsdauer und der Anzahl der Körner.

Schröder: Kann der Blutbefund uns eventuell Aufklärung darüber geben ob die von uns eingeleitete Therapie Erfolg hat oder nicht?

O. Moritz: Die Untersuchungen über diese Frage sind nicht zahlreich genug um eine positive Antwort geben zu können, wenn auch einzelne Autoren, wie z. B. Hamel behaupten die Frage bejahen zu können.

E. Schmidt: Ich habe Gelegenheit im Laufe des Jahres circa 5—600 Arbeiter aus Typographien zu sehen und muss sagen, dass ausgesprochene Fälle von Vergiftung sehr selten sind, und bei dieser Anzahl von Leuten etwa 3—4 Mal im Jahre vorkommt. Nervöse Erscheinungen freilich treten hier und da auf, auch Koliken ab und zu, aber Störungen von Seiten des Digestionsapparates zugleich mit Bleisaum und Wadenkrämpfen die doch das Bild der Bleivergiftung ausmachen, sind wie gesagt selten.

Kallmeyer: Wo die hygienischen Bedingungen der Arbeiter gute sind, besonders wo die Arbeiter zu Hause speisen können, sind Vergiftungen selten. Ihr Fall mag derartige günstige hygienische Verhältnisse darbieten.

Schmidt: Als Arzt der Schriftsetzerkasse habe ich mit allen Typographien zu thun, und die hygienischen Bedingungen sind in vielen von ihnen schlecht.

Ucke: Geben Intoxicationen mit anderen Metallen z. B. mit Quecksilber auch die Körnerbildung in den Blutkörperchen?

Moritz: Bei Quecksilbervergiftung ist sie nie gefunden worden, wohl aber in einem Fall von Kupfervergiftung. Bei experimentell erzeugter Kupfervergiftung ist sie nicht gefunden worden.

689. Sitzung den 6. März 1901.

Vorsitzender: Tiling. Secretär: Albanus.

1. Beckmann: Einige klinische Beobachtungen über Uteruskrebs.

(Der Vortrag wird ausführlich in der «Zeitschrift für Geb. und Gyn.» abgedruckt werden).

Vermischtes.

— Professor Dr. R. Virchow ist von der Moskauer therapeutischen Gesellschaft und der Moskauer archäologischen Gesellschaft anlässlich seines



bevorstehenden 80. Geburtstages zum Ehrenmitgliede erwählt worden.

— Die Odessaer Universität entsendet nach Berlin zur Ueberreichung einer Adresse an Prof. Virchow den Rector Prof. Schwedow und den Decan der med. Facultät Prof. Podwyssotzki.

— Die oesterreichische Aerzteschaft wird Prof. Virchow eine von dem Anatomen Prof. Toldt (Wien) verfasste Adresse überreichen, welche die Unterschriften von 140 oesterreichischen Vereinen enthält.

— Aus Italien überbringt der ehemalige Professor der Medicin und gegenwärtige Minister Dr. Bacelli, seinem Freunde Virchow das Patent eines Ehrenprofessors der Universität Rom und eine von sämmtlichen Aerzten Italiens gestiftete goldene Medaille.

— Zum Professor der Chirurgie an der Warschauer Universität ist Prof. emer. Dr. Julius Kossinski, welcher früher diesen Lehrstuhl in Warschau inne hatte, wieder ernannt worden. K. hat i. J. 1858 die venia practicandi erlangt. (Ssewero-Sapadn. Sslowo.—Wr.).

— Für den vacanten Lehrstuhl der Epizootologie an der militär-medicinischen Akademie haben sich neun Candidaten gemeldet, und zwar die Doctoren der Medicin Wladimirow und Nagorski, sowie die Magister der Veterinärkunde Altuchow, Hunt, Mary, Gordsjalkowski, Sawaitow, Tartakowski und Schwarz.

— Der Director des Kinderasyls der Grossfürstin Olga Nikolajewna in St. Petersburg, Staatsrath Dr. Ssutugin, ist seiner Bitte gemäss verabschiedet worden.

— Der Professor honor. des klinischen Instituts der Grossfürstin Helene Pawlowna Staatsrath Dr. Stroganow und der Privatdocent der militär-medicinischen Akademie Staatsrath Dr. Samschin sind zu Professoren des klinischen gynäkologischen Instituts auf Grundlage des am 8. Sept. 1899 Allerhöchst bestätigten Etats dieses Instituts ernannt worden (gerechnet vom 1. Januar), unter Belassung in ihren bisherigen Stellungen.

— In Abwesenheit des Directors des Instituts für Experimentalmedicin Dr. Lukjanow vertritt ihn Prof. I. P. Pawlow, da Prof. Nencki erkrankt ist. (Her.).

— Verstorben: 1) Am 21. September zu Moskau das Mitglied des Reichsraths, wirkl. Geheimrath Dr. Nikola Abasa am Krebs im 64. Lebensjahre. Von Hause aus Arzt (er erlangte 1859 die Venia prakticandi und 1862 die Doctorwürde), wurde der Hingeschiedene 1868 zum Vicegouverneur von Tambow, 1874 von Rjasan ernannt, war dann während des letzten türkischen Feldzuges General-Bevollmächtigter des Rothen Kreuzes bei der Donauarmee und wurde 1880 zum Senator und Chef der Oberpressverwaltung ernannt, 1889 aber in den Reichsrath berufen. 2) In Charkow der frühere Professor der Gynäkologie Dr. Albert Pitra im Alter von 77 Jahren. Die ärztliche Praxis hat P. seit 1849 ausgeübt. 3) In Tula der Oberarzt des dortigen Gouvernements-Landschaftshospitals, Staatsrath Dr. Alexander Rudnew, im 60. Lebensjahre. Als Arzt ist er seit 1867 thätig gewesen. 4) In Zürich der Professor der gerichtlichen Medicin Dr. H. v. Wyss im 55. Lebensjahre. Der Verstorbene hat seit 1880 der Lehrthätigkeit an der Universität Zürich ausgeübt, anfangs als Docent und seit 1890 als ausserordentlicher Professor. 5) In London Dr. J. W. Thudichum, ein Schüler Liebig's im Alter von 72 Jahren. Er hat sich um die öffentliche Gesundheitspflege und die Harnchemie verdient gemacht.

— Die Reform des Medicinalwesens in Transbaikalgebiet ist nach der «Wostotschnoje Obosrenje» beschlossen und an zuständiger Stelle sanctionirt worden. Die Grundlagen derselben sind identisch mit den vor einigen Jahren in West- und Ostsibirien durchgeführten Reformen. Die Kreise des Gebiets werden in ärztliche Districte eingetheilt; in jedem District wird ein Krankenhaus errichtet. (Her.).

— Ein Asyl für Epileptische wird in Moskau mit den von einer Frau A. Medwjednikow zu diesem Zweck gespendeten Mitteln errichtet werden.

— In Alupka (am Schwarzen Meere) wächst die Zahl der Bade- und Saisongäste mit jedem Jahre. In dieser Saison ist sie bereits auf 5000 gestiegen.

— Der Bau des Sanatoriums für Lungenkranke bei Warschau wird in dem von dem Fürsten Lubomirski zu diesem Zweck geschenkten Walde von der Warschauer Hygienischen Gesellschaft im nächsten Frühjahr in Angriff genommen worden.

— Eine Erhöhung der Gehälter der Militär-Medicinalchargen ist, wie die Tagesblätter melden, mit dem Beginn des nächsten Jahres in Aussicht genommen.

— Die Stadtärzte sollen nach dem neuen im Ministerium des Innern ausgearbeiteten Statut nicht mehr der städtischen Selbstverwaltung unterstellt, sondern dem Gouvernements-Medicinalinspector untergeordnet werden. Zugleich sollen die Gehälter derselben erhöht werden.

— Bei der Moskauer Universität sind zwei neue Stipendien für Medicinstudirende gestiftet worden: auf den Namen des Professors Ostroumow von einem Capital im Betrage von 7000 Rbl. (300 Rbl. jährliche Zinsen), für Mediciner des IV. und V. Cursus und auf den Namen des verst. Professers Korssakow (200 Rbl. Zinsen von dem Kapital von 4000 Rbl.) — für Mediciner aller Curse.

— In Sofia wird am 10/23. October d. J der vom Philippopeler Aerzteverein einberufene erste Congress der Bulgarischen Aerzte zusammentreten.

— Auf der diesjährigen Hamburger Versammlung der Naturforscher und Aerzte haben sich zwei neue wissenschaftliche Gesellschaften constituirt: eine deutsche Gesellschaft für orthopädische Chirurgie und eine Gesellschaft für Geschichte der Medicin und Naturwissenschaften. Zu Mitgliedern des Organisationscomités der erstgenannten Gesellschaft wurden die Professoren Mikulicz (Breslau), J, Wolff (Berlin), Hoffa (Würzburg). Lorenz (Wien), Privatdocent Joachimsthal (Berlin), Dr. Höftmann (Königsberg), und Dr. Schanz (Dresden) gewählt. Zum Vorsitzenden der zweiten Gesellschaft ist Sanitätsrath Dr. Sudhoff in Hochdahl der sich als Paracelsusforscher einen Namen gemacht hat, gewählt worden.

(A. m. C.-Ztg.).

— Zur Vorbeugung der Verbreitung von ansteckenden Krankheiten durch Eisenbahn-Passagiere hat das Ministerium der Wegecommunicationen folgende neue Massregeln ausgearbeitet; 1) eine Person, die an einer Infectionskrankheit leidet, darf nicht in den Zug aufgenommen werden, wenn für einen solchen Passagier nicht eine besondere Abtheilung genommen wird; 2) falls der Passagier eine Krankheit hat, die ihm die Fortsetzung der Reise nicht gestattet, oder im Fall einer ansteckenden Erkrankung ist der Stationschef verpflichtet, den Eisenbahn-Arzt oder -Feldscher heranzuziehen, der, nachdem er dem Passagier die erste Hilfe erwiesen hat, ihn der Gensdarmerie-Polizei zur Abfertigung in die nächste Oertlichkeit übergiebt, wo es möglich ist, ärztliche Hilfe zu erhalten, 3) der Waggon, in dem sich ein Passagier befand, der an Pocken, Scharlach, Diphtheritis, Fleckentyphus oder Ruhr leidet, wird unausbleiblich einer Desinfection unterzogen; bei anderen ansteckenden Erkrankungen hängt die Vornahme der Desinfection von dem Gutachten des Arztes ab.

— Am 23. September erfolgte die Eröffnung des neuen Ambulatoriums bei der Augenklinik der Moskauer Universität. Dasselbe ist den Forderungen der Neuzeit entsprechend eingerichtet und besteht aus einem grossen Wartezimmer (für 100 Personen), einem geräumigen Empfangszimmer (für 4 Aerzte), einem Zimmer zur Auswahl der Brillen, einem ophthalmoskopischen Cabinet, einem Operationssaal und einem Cabinet für den Leiter des Ambulatoriums. Die Mittel zur Einrichtung (über 30,000 Rbl.) haben die Frauen W. A. Alexejew, A. K. Medwjednikow und I. W. Wassiljew gespendet.

— Nach einer Zusammenstellung der Moskauer Medicinalverwaltung beläuft sich die Zahl der Aerzte in Russland gegenwärtig auf 20,092 (darunter 642 Frauen), die der Veterinärärzte auf 2,860, der Zahnärzte und Dentisten auf 1824. Die Zahl der freien Apotheken beträgt 3,781. Die meisten Apotheken hat das Kiewsche Gouvernement (144) und Livland (143). Das Petersburger Gouvernement besitzt 131 (davon 73 in St. Petersburg) das Moskauer Gouvernement 105 Apotheken (davon 50 in der Stadt Moskau). Nach obigen Daten kommt also in Russland 1 Arzt auf 6500 aud 1 Apotheke auf 35000 Einwohner.

— Von der neuen Feldscher-Zeitschrift «Przeglad felczerski» in polnischer Sprache ist die erste Nummer erschienen. Sie wird von Dr. Radsiszewski in Warschau redigirt und ist in populär-wissenschaftlicher Form gehalten.

— Pestnachrichten. Aus Neapel wird wieder eine Erkrankung an der Pest gemeldet, nachdem längere Zeit kein solcher Fall dort vorgekommen war. — In Marseille ist am 25. September (8. Oct.) ein aus Fiume eingetroffener Matrose an der Pest gestorben. — Konstantinopel ist wieder für pestfrei erklärt worden.

Bf.



— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 15. Sept. d. J. 8569 (102 mehr als in d. Vorw.), darunter 995 Typhus — (14 mehr), 886 Syphilis — (16 mehr), 409 Scharlach — (4 mehr), 152 Diphtherie — (15 mehr), 63 Masern — (6 mehr) und 3 Pockenkranke — (2 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 9. bis zum 15. September 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
335	262	597	116	35	110	16	11	22	60	57	57	38	44	20	10	1

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 43, Febris recurrens 0, Typ ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 14, Scharlach Diphtherie 28, Croup 0, Keuchhusten 5, Croupöse Lung entzündung 14, Erysipelas 6, Grippe 3, Cholera asia 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrh matismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie Tuberculose der Lungen 70, Tuberculose anderer Organe Alkoholismus und Delirium tremens 12, Lebensschwäche u Atrophia infantum 45, Marasmus senilis 14, Krankheiten d Verdauungsorgane 74, Todtgeborene 29.

◆ **Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 2. Oct. 1901.**

◆ **Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 22. October 1901.**

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Ольга Свѣтлова, Сергіевск. д. 17, кв. 19.

Довв. ценз. Спб., 29 Сентября 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 40 St. Petersburg, 6. (19.) October 1901

Ueber Hornhautfremdkörper.

Von
Dr. G. Ischreyt
in Libau.

Vortrag, gehalten auf dem XIII. Livl. Aerztetage zu Riga.

M. H.! Wenn ich mir das Wort erbeten habe, um hier die Rede auf Fremkörperverletzungen der Hornhaut zu bringen, that ich es in dem Bewusstsein dem freipracticirenden Arzte viel Bekanntes und dem Augenspecialisten nur wenig Neues zu bringen. Ich glaube aber, dass trotz alledem eine kurze Besprechung dieser keineswegs unwichtigen Berufskrankheit von allgemeinem Interesse sein dürfte.

Ein Jeder von uns, der in der Lage gewesen ist, Augenpraxis an Fabriken zu üben, gewinnt wohl ebenso wie ich die Ueberzeugung, dass die Fremdkörperverletzungen der Hornhaut durchaus nicht so bedeutungslos sind, als sie auf den ersten Blick erscheinen könnten. Ihre grosse Häufigkeit führt zu einer langsamen aber sicheren Schädigung des Sehvermögens. Wie gross dieselbe ist, darüber bleibt der Arzt fürs erste die Antwort schuldig und dieses ist die wesentlichste Lücke, die unsere Wissenschaft in dieser Frage auszufüllen hat. Die Frage ist nicht unwichtig; sie hängt auch mit der Berufsschädigung zusammen und diese letztere zieht die Unfallsversicherung nach sich. In welcher Weise die Entschädigung vor sich zu gehen hat, ist ebenfalls noch nicht geregelt. Das wird auch so bleiben, so lange nicht der Arzt im Stande ist durch Thatsachen- und Zahlenmaterial der Gesetzgebung eine Handhabe zu bieten. Aus diesem Grunde müssen wir auf systematische Weise Beiträge zu liefern suchen; dieselben werden aber nur dann vollständig ausfallen, wenn auch die freipracticirenden Aerzte uns Specialisten behülflich sind. Ein sehr grosser Theil der geschädigten Arbeiter kommt ja bekanntlich überhaupt nicht in die Hände der Augenärzte und vollends nicht vor dem Eintritt der Schädigung; das ist aber wichtig, wenn wir den Grad der Schädigung feststellen wollen.

Eine Häufigkeitsstatistik der Fremdkörperverletzungen, wie der Verletzungen überhaupt, hat nur dann einen allgemeinen Werth, wenn sie aus einen sehr grossen Krankenmaterial berechnet wurde. Aus diesem Grunde eignen sich die in der Privatpraxis einzelner Aerzte gewonnenen Zahlen nur in seltenen Fällen. Der Industriereichthum der Gegend, in welcher die Praxis ausgeübt wird, und das Verhältniss des Arztes zu den vorhandenen Fabriken variirt die Verhältnisszahlen allzusehr. Praun[1]) hat von 45 Augenärzten und Augenklinikern der verschiedensten Nationen und Gegenden aus einer Anzahl von 444,849 Augenkranken der letzten Jahre ein Verhältniss von 4,89 pCt. Augenverletzungen überhaupt berechnet. Die Zahlen für die Fremdkörperverletzungen fallen nach einigen Statistiken unverhältnissmässig niedrig aus; so hatte Mooren[2]) unter ca. 108000 Patienten 1,35 pCt., Cohn[3]) unter ca. 48000 Patienten 1,95 pCt. Eine Berechnung der Fremdkörperverletzungen der Hornhaut aus dem Krankenmaterial der St. Petersburger Augenheilanstalt[4]) der 7 Jahre von 1888—94 ergiebt dagegen einen Procentsatz von 4,8 pCt. Nach Gasiorowsky[5]) schwankt der Procentsatz bei den einzelnen Kliniken zwischen 1,35 und 7,95 pCt. Aber auch diese Maximalzahl bleibt noch entschieden weit hinter der Wirklichkeit zurück, da bekanntlich ein grosser Theil der Verletzten überhaupt nicht den Arzt aufsucht, sondern sich den Fremdkörper von Mitarbeitern oder Hausgenossen entfernen lässt.

In der Gesammtzahl der Augenverletzungen nehmen die Fremdkörper einen hervorragenden Platz ein. So berechnete sie Weidmann[6]) zu 56,04 pCt. sämmtlicher Verletzungen, Sous[7]) zu 45 pCt. Die Fremdkörper bevorzugen bei weitem am häufigsten die Hornhaut. Nach Weidmann fanden sich von sämmtlichen Fremdkörpern:

in der Bindehaut	16,91	pCt.
» » Hornhaut	74,68	»
» » Lederhaut	0,45	»
» » Vorderkammer	0,39	»
» » Iris	0,56	»
» » Linse	0,73	»
im Glaskörper	6,01	»

Aus den ambulanten Kranken der St. Petersburger Augenheilanstalt[4]) lassen sich für die sieben Jahre 1888—94 folgende Zahlen berechnen. Von 7804 Fremdkörper befanden sich:

in der Bindehaut	20,14	pCt.
» » Hornhaut	78,88	»
» » Lederhaut	0,14	»
» » Vorderkammer und Iris	0,33	»
» » Linse	0,07	»
im Bulbus (sicher constatiert)	0,41	»

Die Frage, welches Auge häufiger verletzt wird, ist in Anbetracht der Entschädigung der Verletzungen nicht ohne praktische Bedeutung. Praun[1]) (p. 144 l. c.) giebt an, dass bei den beruflichen Verletzungen, besonders der Eisenindustrie, das linke Auge etwas häufiger befallen werde als das rechte und berechnet aus den Statistiken von Cohn, Trompetter, Ottinger und Nieden einen Procentsatz von 59,35 für das linke und von 40,65 für das rechte Auge der Metallarbeiter. Diesem Ergebniss steht andererseits die Angabe Weidmann's[6]) gegenüber, der unter 30000 Patienten der Haab'schen Praxis bei den Fremdkörperverletzungen der Hornhaut eine ziemlich gleiche Betheiligung beider Augen feststellen konnte. Wenn ich meine eigene Statistik diesen Mittheilungen anfügen darf, fand sich unter ca. 700 Fällen nicht perforirender Augenverletzungen das rechte Auge in 48,2 pCt. betheiligt, das linke in 47,6 pCt. und beide Augen gemeinsam in 4,2 pCt. Unter den 549 Fremdkörperverletzungen der Hornhaut war das rechte Auge mit 47,5 pCt. befallen, das linke mit 47,9 und beide gemeinsam mit 4,5. Wir sehen also hier wie bei Weidmann eine fast gleiche Betheiligung beider Hornhäute.

Um die Schädigung des Sehvermögens festzustellen, hat Praun (p. 186 l. c.) bei 702 Hornhautfremdkörpern genau den Sitz notirt und dabei gefunden, dass sich weniger als ¹/₄ der Splitter im Pupillargebiet vorfanden, also für die Sehschärfe von übler Bedeutung werden konnten. Nach Praun sassen im rechten Pupillargebiet 68, im linken 57 Splitter, das macht in Procenten 19,8 und 15,8. In meinen Fällen ist indessen das Pupillargebiet stärker betheiligt; nämlich für das rechte Auge mit 24,3 pCt. und für das linke mit 21,5 pCt. Dabei ist noch zu berücksichtigen, dass ich das Pupillargebiet so gross annahm, wie es sich beim Blick des Untersuchten gegen das Fenster darbot, also bei ziemlich enger Pupille. Mit der Erweiterung der Pupille bei weniger intensiver Beleuchtung würde die Zahl der das Sehvermögen beeinträchtigenden Splitter noch bedeutend vergrössert werden. Andererseits darf aber nicht ausser Acht gelassen werden, dass centrale Fremdkörper relativ häufiger als periphere in die Hände des Augenarztes kommen, da sie schwerer zu bemerken und schwerer zu entfernen sind.

In seiner Fremdkörperstatistik hat Praun auch die Betheiligung der einzelnen Hornhautquadranten berücksichtigt. Rechnet man seine Zahlen in Procente um und vergleicht nun die Hornhauthälften mit einander so zeigt sich ein Ueberwiegen der unteren Hälften über die oberen und der inneren über die äusseren. Ganz besonders stark betheiligt war der innere Quadrant des linken Auges mit 34,1 pCt. während sich sonst als höchste Zahl 22.8 pCt. und zwar im inneren unteren Quadranten des rechten Auges findet. Praun geht übrigens a[uf] diese Unterschiede nicht weiter ein.

Ich habe mir in meinen 461 Fällen die Hornhaut i[n] neun Bezirke eingetheilt gedacht, einen centralen pupi[l]laren und acht periphere.

Es fällt uns sofort eine grosse Ungleichmässigkeit in de[r] Vertheilung der Splitter auf. Auf beiden Seiten ze[igt] das centrale Gebiet die meisten Verletzungen, [es] folgen dann in ziemlich gleichem Maasse der unter[e] und der innere Sector. Die wenigsten Splitter find[en] sich in den drei oberen Sectoren und die Differe[nz] zwischen diesen letzteren Werthen und allen übrigen [ist] eine ausserordentlich grosse. Schlussfolgerungen lasse[n] sich aus diesen Befunden nur mit grosser Vorsicht mache[n], da erstens das Zahlenmaterial kein sehr grosses ist un[d] zweitens in der Statistik Verletzungen durch die ver[-] schiedensten Maschinen vereinigt wurden. Es müsse[n] aber auch hierin individualisirt werden, wenn der Ei[n]fluss der einzelnen Maschine erkannt werden soll.

	rechts.		links.	
	absol.	‰	absol.	‰
mitten	57	243	48	215
oben	5	21	6	26
oben aussen	1	4	8	35
oben innen	8	33	6	[illegible]
aussen	31	130	18	8[illegible]
innen	38	159	40	179
unten	41	172	36	161
unten aussen	31	130	31	139
unten innen	26	105	30	134
	238		223	

Die Factoren, welche den Sitz des Fremdkörpers beeinflussen, sind seine Flugbahn und die Stellung des Auges bei der Verletzung. Die letztere hängt ab von der Körperhaltung und von reflectorischen Schutzbewegungen. Das Auge ist in Anbetracht seiner exponirten Lage relativ gut durch die Nase, den Orbitalbogen mit den Augenbrauen und die Lider geschützt; besonders die Lider bewähren sich als ausserordentlich wirksame Fangapparate. Ihre Wirkung beruht nicht allein auf ihrer Lage, sondern wird auch noch dadurch unterstützt, dass die sich nähernde Gefahr einen Orbicularis-Krampf auslöst, während das Auge zugleich nach oben aussen, seltener nach oben und innen flieht. (Nur bei einer kleinen Zahl von Individuen wendet sich beim Zukneifen der Augen der Bulbus nach unten), (vgl. Wilbrand und Saenger. Neurolog. des Auges, I, 53). Wenn wir dann noch berücksichtigen, dass verschiedene Maschinen den Fremdkörpern eine verschiedene Flugbahn geben und dass individuelle Eigenthümlichkeiten, wie Linkshändigkeit und Refractionsanomalien, abändernd auf den Sitz der Fremdkörper einwirken können, werden wir den Eindruck empfangen, dass es sich hier um keine einfachen Verhältnisse handelt.

Ein Blick auf die Schemata lehrt uns, dass von den angenommenen Hornhautbezirken der mittlere am meisten betroffen ist; nächstdem kommen der innere und der untere. Vergleichen wir die Hornhauthälften untereinander, finden wir, dass die unteren Hälften mehr als die oberen und die inneren mehr als die äusseren

in Mitleidenschaft gezogen sind, ein Verhältniss das sich auch in den Praun'schen Zahlenreihen wiederfindet. Der grösste Unterschied zeigt sich aber, wenn wir die unten-inneren Hornhauthälften den oben-äusseren gegenüberstellen; die relativ geringe Betheiligung dieser letzteren könnte wohl als eine Folge der reflectorischen Fluchtbewegung des Auges nach oben-aussen angesehen werden. Allerdings wird eine derartige Schutzbewegung der Augen bei Verletzungen von L. Müller[8]) in Abrede gestellt. (Ueb. Ruptur der Corneo-Scleralkapsel durch stumpfe Verletzungen, 1895). Dass die drei oberen Sectoren so auffallend wenig Splitter enthalten, ist zweifellos auf den Lidschutz zurückzuführen, ebenso wie die geringe Betheiligung des unten-inneren Sectors auf den Schutz durch die Nase. Dass der rechte äussere Sector so viel mehr betroffen ist als der linke äussere, liegt vielleicht an der Stellung des Arbeiters, wodurch die rechte Gesichtshälfte der Ursprungsquelle der Splitter häufig mehr genähert ist (wie z. B. an der Schmirgelscheibe). Hierdurch müssen die Splitter der äusseren Hälfte des linken Auges gegenüber häufig eine tangentiale Flugbahn annehmen und werden daher in geringerem Maasse haften bleiben.

Wenn wir uns aus eignem Augenschein überzeugen, wie dicht und wie beständig die Metallsplitter bei vielen Beschäftigungsarten abspringen, können wir uns nur wundern, dass Verletzungen nicht noch häufiger vorkommen. Dass den natürlichen Schutzvorrichtungen des Auges bei der Verhütung der Verletzungen eine sehr grosse Bedeutung zukommt, erhellt ohne weiteres aus dem Aussehen von Brillen, die längere Zeit bei der Arbeit getragen wurden. Ich erlaube mir hier eine herumzureichen. Sie wurde nicht volle 5 Monate von einem Arbeiter der Libauer Drahtfabrik getragen und weist annähernd jederseits 300 Fremdkörper auf; und wie viele derselben mögen von dem harten Glas abgesprungen sein, ohne Spuren zu hinterlassen!

Inbetreff der klinischen Erscheinungen der Hornhautfremdkörper kann ich auch kürzer fassen. Je nach Art und Sitz des Splitters und mich der Dauer der Verletzung variiren die Reactionserscheinungen des Auges.

Je tiefer ein Fremdkörper ins Hornhautgewebe eingedrungen ist, je näher er dem Limbus sitzt, je länger er sich in der Hornhaut befindet und endlich je stärker er chemisch reizt, um so energischer wird das Auge reagiren. Daneben spielen individuelle Momente eine grosse Rolle, insofern als ein ungeeignetes Verhalten von Seiten des Patienten die Injection und die Epiphora steigern. Die subjectiven Beschwerden können dabei ganz erheblich sein und den Patienten gradezu herunterbringen.

Im Vergleich zu den perforirenden Fremdkörpern sind die oberflächlichen als harmlos anzusehen, aber nur im Vergleich mit jenen, denn wie jede Hornhautverletzung beanspruchen auch sie unsere ganze Sorgfalt. Wenn Infectionen durch Fremdkörper in der Regel nicht eintreten, müssen wir doch darauf gefasst sein: Stein- und Holzsplitter sind in dieser Beziehung besonders zu fürchten, Metallverletzungen in viel geringerem Maasse.

Die chemische Reizfähigkeit der Fremdkörper vermag die pericorneale Injection und die reactive Trübung der Hornhaut oft beträchtlich in die Höhe zu treiben, wie wir es z. B. sehr bedeutend bei Schmirgelstückchen sehen können. Hierbei darf aber die Reizfähigkeit nicht mit Löslichkeit des Fremdkörpers identificirt werden. Es kann sogar zu einer begleitenden Iritis kommen.

Es kommt vor, dass Fremdkörper lange Zeit in der Hornhaut liegen bleiben, ohne Reizerscheinungen zu machen. Hilbert[9]) beobachtete die 1 mm. lange Flügeldecke eines Käfers in der Hornhaut, ohne dass in 1½ Jahren Reizerscheinungen eingetreten wären. Bowen[10]) beobachtete dasselbe von einem Zündhütchensplitter, der 20 Monate, Magnus[11]) von einem Glassplitter, der 2¼ Jahre im Hornhautgewebe gelegen hatte. Es wäre indessen weit gefehlt, sich durch derartige seltene Fälle in seiner Therapie beeinflussen zu lassen. In der Regel erfolgt in kürzerer oder längerer Zeit die spontane Ausstossung des nicht extrahirten Fremdkörpers, oft erst nach einer längeren reactionslosen Pause.

Hornhautfremdkörper bleiben nur dann ohne weitere schlimme Folgen, wenn sie die Bormansche Membran nicht verletzt haben; ist dieses der Fall, so bezeichnet eine Macula den ehemaligen Sitz des Splitters. Wie wir vorhin sahen, trifft ungefähr der vierte Theil aller Hornhautfremdkörper die pupillare Zone, also denjenigen Theil, der für das Sehen von Bedeutung ist. Es lässt sich meiner Ansicht nach garnicht in Abrede stellen, dass die häufigen Verletzungen — mögen sie auch noch so klein sein — allmählich schädigend auf die Sehschärfe einwirken müssen. Bei seitlicher Beleuchtung und Lupenvergrösserung sehen wir häufig genug im centralen Hornhauttheil Fleckchen an Fleckchen; dieselben hemmen aber nicht allein die Lichtstrahlen, sondern lenken sie auch noch vermöge eines unregelmässigen Astigmatismus ab und in dieser Doppelwirkung, häufig verbunden mit Blendungserscheinungen durch Lichtdiffusion, beruht eben die wahre üble Bedeutung der Fremdkörperfleckchen.

Wenn auch die Schädigung des Sehvermögens durch diese Macula vielfach anerkannt wird, fehlt es doch noch an einer genauen Bestimmung des Betrages der Schädigung. Walther[12]) hat kürzlich an einem grossen Arbeitsmaterial die Schwächung des Sehens infolge verschiedener Berufsschädigungen festzustellen versucht. Wir finden aber in seiner Statistik nur in einem Falle «mehrmalige kleine Hornhautverletzungen» als Ursache der erworbenen Sehschwäche angegeben. Die Methode der Massenuntersuchung in Fabriken, wie sie Walther angewandt hat, scheint mir aber nicht geeignet in dieser Beziehung Aufschlus zu geben. Da es sich um eine sehr allmählich und relativ geringe Herabsetzung der Sehschärfe handelt, kann nur eine wiederholte Untersuchung des einzelnen Arbeiters am Platze sein. Leider müssen wir uns fürs erste an dem frommen Wunsch genügen lassen, denn solange nicht alle Arbeiter schon bei ihrer Anstellung augenärztlich untersucht werden und solange nicht eine Verschärfung der augenärztlichen Controlle eingetreten ist, wird es nicht möglich sein die Sehschärfenabnahme zahlenmässig festzuhalten. Bei uns liegen die Aussichten noch hoffnungsloser als im Auslande, da wir keine straffe Arbeiterorganisation besitzen, in deren Interesse derartige Untersuchungen liegen könnten. Aber auch in Deutschland bietet das Unfallversicherungsgesetz keine Handhabe, um die allmähliche Herabsetzung der Sehschärfe durch Fremdkörper zu entschädigen. Dasselbe verlangt neben dem ärztlichen Gutachten verschiedene formelle Forderungen, welche jeden Unfall als solchen sicher stellen müssen, nämlich die Namhaftmachung von Zeugen, die Beschreibung des Unfalls, die chronologische Fixirung desselben u. s. w., Forderungen denen wohl nie genügt sein wird, solange sich nicht Arbeitsgeber und Arbeitsnehmer über die Tragweite der Fremdkörperverletzungen klar sind (vgl. Magnus[13]) und Maschke[14]).

Die Prophylaxe der Hornhautfremdkörper deckt sich mit derjenigen der übrigen Augenverletzungen insofern als hier wie dort Schutzmassregeln für das Auge und Sicherheitsmassregeln an den Maschinen in Frage kommen. Ein Unterschied läge indessen darin, dass bei Beschäftigungsarten, die fast ausschliesslich zu leichten

Hornhautverletzungen führen, die Schutzbrillen, um welche es sich hier handelt, leichter gearbeitet sein dürfen.

Praun formulirt die Anforderungen, welche an eine gute Schutzbrille gestellt werden müssen, folgendermaassen: 1) muss sie zweckentsprechend sein, also unbedingt auch die kleinsten Splitter abhalten; 2) muss sie haltbar und nicht zu teuer sein; 3) darf sie nicht zu viel Licht wegnehmen, indem sie sonst Beschwerden verursacht; 4) muss sie gern getragen werden, also bequem sitzen, nirgends drücken und nicht zu heiss machen. Wir ersehen hieraus, dass es also bei der Construction einer derartigen Brille auf Form, Gewicht und gute Beschaffenheit der Gläser ankommt. Man hat das Glas durch Glimmer und Bergkrystall zu ersetzen gesucht und das Metall der Fassung durch Celluloid, um die Zerbrechlichkeit und das Gewicht zu vermindern. Zur Verhütung des Beschlagens der Gläser sind Ventilationslöcher und Luftzüge in der Fassung angebracht worden. Gegen Ueberhitzung ist als Material Schering'sches Gelatoid empfohlen worden. Alle diese Brillen, sie mögen auf noch so richtigen Principien aufgebaut sein, leiden an dem grossen Mangel, dass sie von den Arbeitern ungern getragen werden. Es lässt sich ja auch garkein Brillenmodell denken, das dem Sehen eines normalen Auges nicht hinderlich und dem Träger nicht unbequem wäre. Wie bei allen prophylaktischen Massnahmen, muss also auch hier die Belehrung der Arbeiter der Verwerthung der Schutzbrillen voraufgehen. Dass man unter den letzteren die zweckmässigsten einzuführen und durch sie die veralteten zu verdrängen sucht, ist selbstverständlich. In Frankreich ist von der Gesellschaft der Industriellen das System Simmelbauer angenommen worden; diese Brille ist in Weissblech gefasst, hat 2—6 mm. Dicke, leicht auszuwechselnde Gläser und rechtwinklig gebogene Luftzüge für die Lufterneuerung; ihr Gewicht ist aber sehr beträchtlich (57—80 gr.). In der Rheingegend und in Holland haben sich Glasbrillen von 4—6 mm. Stärke bewährt, deren Gewicht durch Ovalschleifen der Gläser bis auf 38 gr. herabgesetzt wurde (Hillemanns[15]). Schubert[16]) in Nürnberg hat Schutzklappen aus Drahtgeflecht herstellen lassen, die an jedem beliebigen Brillengestell befestigt werden können.

Einem Jeden muss überlassen bleiben, sich aus der ausserordentlich grossen Anzahl verschiedener Brillenmodelle das geeignetste in Berücksichtigung der localen Verhältnisse herauszusuchen.

Die Behandlung der Fremdkörper muss stets in die Hände des Arztes gelegt sein; Hülfeleistungen durch Laien und Feldscher werden sich leider nie ganz hintertreiben lassen, sind aber von uns nach Möglichkeit zu bekämpfen. Die Behandlung der Fremdkörper besteht in einer möglichst schnellen und radicalen Entfernung. Ein Abwarten, welches mit der spontanen Ausstossung des Fremdkörpers rechnet, ist gelegentlich gleichfalls empfohlen worden (z. B. von Schmitz[17]), widerspricht aber zu sehr unseren allgemeinen chirurgischen Anschauungen, als dass es Beachtung verdiente. Bei der Extraction soll man sich nicht mit der Entfernung des Fremdkörpers allein begnügen, sondern soll die Wunde auch von seinen Zerfallprodukten und von dem eitrigen Belage vollständig reinigen. Bei Verletzung durch glühende Metallsplitter ist der Brandschorf abzukratzen, bei Eisenverletzungen der Rosthof u. s. w. Ein Zurücklassen derartiger Bestandtheile hält die Entzündung aufrecht und verlängert die Krankheitsdauer.

Welcher Instrumente man sich bei der Extraction bedient, hängt gänzlich von dem Geschick und dem Geschmack des Arztes ab. Bei oberflächlich sitzenden Fremdkörpern genügen Spatel oder Starnadel, bei tiefer sitzenden müssen der Hohlmeissel oder ein kleiner scharfer Löffel (Dessauer[18]), Burchardt[19]) angewandt werden. Befindet sich der Splitter in einer Gewebstasche, spaltet man zur Erleichterung der Extraction die aufla-gernden Schichten oder durchbrennt sie mit der Glühschlinge (Germann[20]). Dieses letztere Verfahren hat Jackson[21]) für die Entfernung von Pulverkörnern empfohlen. Auch der Elektromagnet wird in geeigneten Fällen zur Extraction eiserner Hornhautsplitter benutzt; es ist von historischem Interesse, dass die erste Magnetextraction grade an einem Hornhautsplitter durch Wilhelm Fabry aus Hilden bei Cöln um die Mitte des 17. Jahrhunderts ausgeführt wurde[22]).

Im Allgemeinen wird die Entfernung von Hornhautfremdkörpern keine Schwierigkeiten machen. Die Extraction kann man sich wesentlich durch die Anwendung einer binoculären Stirnlupe erleichtern, welche den Gebrauch beider Hände frei gestattet. Bei spitzen und zerbrechlichen Splittern und bei tiefem Sitz derselben verlangt indessen die kleine Operation oft viel Geschick und Geduld. Ragt endlich der Fremdkörper in die Vorderkammer und befürchtet man ein völliges Hineingleiten in dieselbe, dann ist oft ein grösserer Eingriff erforderlich: mit der Eröffnung des Bulbus berühren wir das grosse Kapitel der Augapfeloperationen.

Ausser der chirurgischen Behandlung ist noch hier und da eine medicamentöse vorgeschlagen worden, welche den Zweck haben soll, die Fremdkörper aufzulösen. Wir werden mit Arlt[23]) die Anwendung verdünnter Essigsäure bei Eisenfremdkörpern als ein unnöthiges Verfahren bezeichnen können. Rationeller scheint es uns, wenn Inouye[24]) staubförmige arsenikhaltige Fremdkörper, welche sich nicht mit der Nadel entfernen lassen, mit 0,3 pCt. Kalilösung auflöst.

Die Nachbehandlung variirt nach der Schwere des Falles. Gewöhnlich wird dieselbe durch das Fortbleiben der Patienten frühzeitig abgekürzt, ebenso wie Verbände nur selten getragen werden. Auch hier kommt es, ebenso wie bei der Prophylaxe ganz besonders auf den persönlichen Einfluss des Arztes an.

Literatur:

1) Praun: Die Verletzungen des Auges. Wiesbaden 1899.

2) Mooren: Fünf Lustren ophth. Wirksamkeit. Wiesbaden. 1882.

3) Cohn: 30 Jahre augenärztl. und akadem. Lehrthätigkeit. Breslau. 1897.

4) Mittheilungen aus der St. Petersburger Augen-Heilanstalt. Heft III. IV. u. V.

5) Gasiorowsky: J. D. Basel 1890.

6) Weidmann: J. D. Zürich 1888.

7) Sons: cit. nach Praun

8) L. Müller: Ueb. Ruptur der Corneo-Scleralkapsel durch stumpfe Verletzungen 1895.

9) Hilbert: Klin. Mon. f. Aug. 1895.

10) Shaw Bowen: Arch. f. Aug. 1887. XVII. 4.

11) Magnus: cit. nach Praun p 182.

12) Walther: Arch. f. Aug. XLII. 1900.

13) Magnus: Unfallsbeschädigungen der Augen. Breslau. 1894.

14) Maschke: Die augenärztliche Unfallpraxis. Wiesb. 1899.

15) Hillemanns: cit. nach Praun.

16) Schubert: Centrbl. f. pr. Aug. 1898.

17) Schmitz: Klin. Mon. f. Aug. 1887.

18) Dessauer: Klin. Mon. f. Aug. 1889.

19) Burchardt: Berl. ophth. Gesell. 22. Nov. 1894.

20) Germann: St. Petersb. medicin. Wochenschr. 1894.

21) Jackson: Albany med. Ann. 1897. ref. Centr. f. pr. Aug.

22) Hirschberg: D. Magnetoperation in der Augenheilk. Leipz. 1899.
23) Arlt: Krankheit. des Auges. 1858. I.
24) Inouye Arch. f. Aug. XVI. 1.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

F. Skutsch: Geburtshilfliche Operationslehre. Verlag G. Fischer, Jena, 1901.

Das vorliegende Buch soll nicht ein Lehrbuch der Geburtshilfe ersetzen, sondern behandelt nur einen Theil derselben, die operative Geburtshilfe. S. hat eine Reihe von Jahren hindurch Studirenden und Aerzten Curse der geburtshilflichen Operationen am Phantom gegeben und bei Abfassung dieses Buches anfänglich die eigenen Schüler im Auge gehabt. Es dient aber nicht allein als Leitfaden für die Theilnehmer an Cursen, der Praktiker kann sich auch daraus Rath holen. Das Buch enthält eine ansehnliche Zahl von Zeichnungen, die so anschaulich und fein ausgearbeitet sind, wie man es selten sieht. Die Anordnung ist übersichtlich.

Lingen.

Dr. Robert Krieg: Atlas der Nasenkrankheiten, enthaltend 356 Figuren in 475 Einzelbildern auf 38 Tafeln. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1901.

Wir haben bereits beim Erscheinen der ersten 2 Lieferungen des prachtvollen Krieg'schen Werkes unsere Leser auf die Vorzüge desselben aufmerksam gemacht. Jetzt liegt nun das ganze Werk, in allen seinen 7 Lieferungen, vollständig vor. Den Inhalt der ersten 2 Lieferungen haben wir bereits wiedergegeben. Die 3. Lieferung enthält mehrere Abbildungen der Nasenfracturen und Luxationen, des Haematoms, Abscesses und Perforation der Nasenscheidewand. Bei den erworbenen Atresien sind Beispiele nach Lues und Trauma gegeben, bei den Verengerungen und Synechien sind besonders die schlimmen Folgen der ungeschickten Galvanocaustik dargestellt. Es folgen darauf zahlreiche Abbildungen der acuten Rhinitis catarrhalis, diphtherica, fibrinosa und der verschiedenen Formen der chronischen Rhinitis und ihrer Folgezustände. Die Nasenpolypen in ihren verschiedenen Formen und Localisation sind in der 4. Lieferung vorzüglich abgebildet. Es folgen darauf in der 5. Lieferung zahlreiche, zum Theil recht seltene Bilder des perforirenden Septumgeschwürs, der habituellen Nasenblutung und des blutenden Septumpolyps. Aeusserst naturgetreu und sehr zahlreich sind die Abbildungen der Tuberculose, der Syphilis der äusseren und inneren Nase und der bösartigen Neubildungen derselben (6. und 7. Lieferung). Man ersieht aus dieser kurzen Inhaltsangabe, was für eine Fülle von Material das Werk bietet; die schöne mustergiltige Bildersammlung aber kann nur durch eingehendes eigenes Studium genügend abgeschätzt werden. Wir hoffen, dass der Atlas, der als eine wesentliche Bereicherung der rhinologischen Literatur bezeichnet werden muss, eine grosse Verbreitung unter allen Collegen finden wird, die er vollständig verdient. Die Ausstattung des Werkes ist eine vorzügliche.

A. Sacher.

Die Verengerungen der Luftwege. Von Dr. Pieniazek, Professor der Laryngologie an der k. k. Universität in Krakau. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1901.

Im vorliegenden, hochinteressanten Werke legt Verf. die Ergebnisse seiner mehr als fünfundzwanzigjährigen Erfahrung auf dem Gebiete der Verengerungen der Luftwege nieder. Auf mehr als 500 Seiten beschreibt er mit ausserordentlicher Sachkenntniss und der Wichtigkeit der Frage entsprechender Ausführlichkeit alle Krankheiten der Nase, des Rachens, Kehlkopfes, Luftröhre der Bronchien und Nachbarorgane, die zu Verengerungen der ersteren führen können. Den grössten und wichtigsten Theil des Werkes bilden die Abschnitte über Laryngeal- und Trachealstenosen und ihre blutige und unblutige Behandlung. Diesen Stenosen hat Verf. im Laufe seiner ganzen laryngologischen Thätigkeit die grösste Aufmerksamkeit gewidmet, mit ihnen hat er sich am eingehendsten beschäftigt und auf diesem Gebiete verfügt er über eine überaus reiche Erfahrung. Aber auch die anderen Capitel lassen an Vollständigkeit und vorzüglicher Darstellung nichts zu wünschen übrig. Ausser dem Laryngologen, dem das Studium des Werkes den grössten Nutzen bringen wird, wird es auch vom Internisten und Chirurgen mit demselben Interesse gelesen werden. Allen Ihnen sei das Werk bestens empfohlen.

A. Sacher.

E. Dirmoser: Vomitus gravidarum perniciosus. — Verlag von Braumüller. Wien und Leipzig. 1901.

Die Hyperemesis beginnt unter dem Bilde einer Reflexneurose, in ihrer weiteren Entwickelung nimmt sie das Bild einer Autointoxication an. Der constante Reiz, welchen die nervi sympathici in ihren den inneren Sexualorganen angehörigen Endigungen erfahren, übt reflectorisch auf die Verdauungsvorgänge einen Einfluss aus. Producte des Stoffwechsels, welche auf normale Weise zur Ausscheidung kommen, werden in auffallend reichlicher Menge gefunden, als eine Folge ihrer vermehrten Bildung und längeren Zurückhaltung im Organismus, wie Indoxyl, Skatoxyl. Diese Stoffe finden sich im Harn und stammen von dem im Darmtractus sich bildenden Indol und Skatol, welche ihrerseits bei Zustandekommen einer Intestinalintoxication eine hervorragende Rolle spielen. — Die Harnanalysen lehren, dass Urobilin in allen Fällen reichlich vermehrt war, Blutfarbstoff in 4 Fällen nachweisbar, Aceton, Pepton, Oxalsäure meist Indoxyl und Skatoxyl stets auffallend vermehrt war. Was die Therapie anlangt, so empfiehlt Verf. Darmantiseptica (Creosotal, Salzsäure, Eosot, Bismuth).

Lingen.

Privatdocent Dr. P. H. Gerber: Atlas der Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes. Berlin. 1901. Verlag von S. Karger.

Das Bedürfniss an einer bildlichen Darstellung der Nasenkrankheiten wurde vom Lernenden und Lehrenden in gleicher Weise schon längst empfunden. Nur so ist es zu erklären, dass fast gleichzeitig und vollkommen unabhängig von einander neben dem Krieg'schen Atlas auch der Gerber'sche erschienen ist, dessen erste 3 Lieferungen uns jetzt vorliegen. Beide Atlanten werden hoffentlich einander nicht stören, denn beide Herren waren eifrigst bestrebt, das beste und schönste auf dem betreffenden Gebiete zu liefern, was der Wissenschaft doch nur zu Gute kommen kann. Das ganze Gerber'sche Werk erscheint in 6 Lieferungen à 5—6 Tafeln nebst Text zum Preise von 6 Mark für die Lieferung.

Die ersten 3 Lieferungen enthalten zahlreiche Abbildungen der normalen Nase und ihrer anatomischen Varietäten, der Septum-Deviationen, des normalen Nasenrachenraumes und Varietäten desselben, Atresien und Synechien, Affectionen des Septums, der einfachen, fibrinösen, atrophischen und der verschiedenen Formen der hypertrophischen Rhinitis. Darauf folgen mehrere Abbildungen der Hypertrophie der Rachenmandel, der adenoiden Vegetationen und der intra- und retranasalen Polypen. Die meisten Abbildungen sind naturgetreu und geben eine richtige Vorstellung vom betreffenden Krankheitsprocess. Wir hoffen, das die übrigen Lieferungen den ersten 3 nicht nachstehen werden.

A. Sacher.

Referate.

Wilhelm Ebstein: «Die Untersuchung des Mastdarmes von aussen und deren therapeutische Verwendung». Deutsche medic. Wochenschr. Nr. 30, 1901.

Autor weist darauf hin, dass man das Rectum, wenn es stark von Koth ausgedehnt ist, von aussen, durch die dasselbe bedeckenden Weichtheile palpiren kann. Bei einer solchen Füllung kann man das Rectum linkerseits in der Gesässspalte, als einen in der Regel reichlich daumendicken Wulst fühlen, welcher lateralwärts von der Steissbeinspitze, oder noch etwas höher beginnend sich bis zum Anus erstreckt. Diesen gewöhnlich sich höckerig anfühlenden Wulst kann man durch sanftes Streichen von hinten nach vorne zum Verschwinden bringen, wobei sich aus der Mastdarmöffnung eine längere Kothsäule oder mehrere feste Kothstücke von verschiedener Grösse entleeren. Ebstein hat die eben geschilderten Verhältnisse in verschiedenen Lebensaltern ebenso beim männlichen, wie beim weiblichen Geschlechte beobachtet. Auf der rechten Gesässspalte hat Ebstein niemals die angegebenen Befunde constatiren können. In therapeutischer Hinsicht hat Verfasser die von ihm eruirte Thatsache in zweifacher Weise verwerthet, 1) um den untersten Dickdarmabschnitt von seinem stagnirenden Inhalt zu befreien und 2) um durch Massage die austreibende Kraft des betreffenden Darmtheils zu kräftigen und seine Leistungsfähigkeit zu erhöhen.

Die Befreiung des Mastdarms von seinem Inhalt geschieht nach den Beobachtungen des Autors in der oben angegebenen Weise recht leicht. In der Regel können die betreffenden Individuen, nachdem sie genügend über die Sache verständigt sind, diese kleine Manipulation an sich selbst ohne jede Schwierigkeit ausführen, und zwar am bequemsten, auf dem Klosett sitzend. — Was die Ausführung der Massage anlangt, so ist dieselbe recht einfach; die betreffende Person befindet sich in der linken Seitenlage; an der bekannten Stelle streicht man dann langsam und vorsichtig mit eingefettetem Finger von hinten nach vorn; leichtes Kneten ist erlaubt. — Auch für die elektrische Behandlung der chronischen Stuhlverstopfung dürfte die vom Verf. angegebene Stelle in der Gesässspalte geeignet sein. Zum Schluss seiner Abhandlung weist Autor auf anatomische Studien hin, die Friedrich Merkel bezüglich der Lage des Rectums angestellt hat. Dieselben ergeben, dass die Ausbuchtungen des Rectums so angeordnet sind, dass bei sehr starker Anfüllung des untersten Dickdarmabschnittes, derselbe von aussen, und zwar von der Gegend der Fossa ischiorectalis sinistra durch die Weichtheile hindurch leicht palpirt werden kann

Abelmann.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Dr. M. K. Preiss (Moskau) hat das Tannalbin und andere Präparate bei Darmkrankheiten der Kinder im Kinderheim in Moskau angewandt.

Die behandelten Fälle waren die folgenden: 43 Patienten mit Diarrhöen, 15 mit acutem Dünndarmkatarrh, 25 mit acutem Dickdarmkatarrh, 5 mit chronischem Dünndarmkatarrh, 10 mit Cholera infantum, 8 mit Darmtuberkulose und 7 mit Septicaemie.

Kindern von 1 Monat gab er 0,05—0,1 3 bis 4 Mal täglich, Kindern von 2 Monaten 0,2 und solchen von 3 Monaten 0,3 Tannalbin. Höhere Dosen wurden nicht gegeben.

Das Mittel erwies sich bei Diarrhöen, die zusammen mit Magenstörungen auftraten oder mit einer andern Krankheit complicirt waren, wenig wirksam.

Ausgezeichnete Resultate wurden bei einfachen Diarrhöen erzielt. In jedem der 15 Fälle von acutem Dünndarmkatarrh leistete das Tannalbin, welches nach vorheriger Verabfolgung eines Laxans mit kleinen Dosen Calomel combinirt gegeben wurde, sehr gute Dienste.

Bei Dickdarmkatarrhen blieb die Wirkung des Tannalbin aus. In den 5 Fällen von chronischem Dünndarmkatarrh gab das Tannalbin positive Resultate. Bei Cholera infantum bewährte sich das Mittel in Combination mit Calomel. Tuberkulöse Diarrhöen wurden in allen Fällen erfolgreich mit Tannalbin bekämpft. Bei Sepsis versagte das Mittel.

(«Wratsch» 1901, Nr. 7).

— Dr. F. Kölbe («Med. chir. Centralbl.» Nr. 17) empfiehlt zur Behandlung des acuten Gichtanfalles dringend das Lithium chinicum, das unter dem Namen Urosin im Handel zu haben ist, und zwar in Tabletten à 0,5 oder als 50% Urosinlösung (Urosinbrausesalz), von welcher 1 Theelöffel 1 g. Lithium chinicum entspricht. Während des Anfalles lässt man 6—10 Tabletten täglich nehmen; nach dem Anfalle giebt man noch 4—6 Tabletten täglich einige Wochen lang.—Auch bei chronischer Gicht schafft der Urosingebrauch, mit Pausen durch mehrere Monate fortgesetzt, bedeutende Besserung aller Beschwerden, die Harnsäureausscheidung wird dabei stark vermehrt.

— Eine ganze Reihe von Autoren (E. Friedländer, Chernbach, Demetriade, Hönigschmied, Werner u. A.) theilen günstige Erfahrungen mit, die sie mit dem Jodipin gemacht haben. Das Jodipin ist eine Verbindung von Jod mit Sesamöl, ein Jodfett, das den Magen unzersetzt passirt, im Darm zum Theil gespalten, zum grössten Theil aber resorbirt wird. Weiter im Blut circulirend giebt es einen Theil des Jods an die Umgebung ab, setzt sich aber in grösseren Mengen in den verschiedensten Körperregionen als Jodfett ab. In den Handel gelangt ein 10% und ein 25%-iges Präparat. Die Anwendung geschieht intern (vorzugsweise das 10% Jodipin), für Kinder 2—3, für Erwachsene 5—6 Theelöffel täglich, — oder subcutan, bis 20—30 Ccm. des 25% Präparates täglich oder jeden 2. Tag. Das Präparat wird auch von schwachen Patienten gut vertragen, die sonst kein Jod gebrauchen können. Die besten Erfolge werden bei tertiärer Lues berichtet, aber auch bei Hypertrophie der Schilddrüse, Bronchialasthma, Scrophulose, zuweilen auch b[ei] Ischias scheint das Jodipin von bedeutender Wirkung z[u] sein. Jodismus bleibt fast immer aus.

— Unter den neueren Arzneimitteln scheint das Dioni[n] zu einer hervorragenden Rolle berufen zu sein. Es ist d[as] salzsaure Salz das Morphiummonäthyläthers und bildet ei[n] weisses, geruchloses, bitter schmeckendes, crystallinisch[es] Pulver. Die Dosen sind etwa dieselben wie beim Codeïn. Em[-] pfohlen wird es hauptsächlich als schmerzstillendes und de[n] Hustenreiz milderndes Mittel bei Erkrankungen des Respira[-] tionsapparates, aber auch bei anderen schmerzhaften Leide[n] und als Hypnoticum (Boltenstern, Janisch, Hein[-] Hoff u. A.). — Gottschalk erzielte grosse Linderun[g] der Anfälle beim Keuchhusten und empfiehlt folgende Do[si-] rung: bei Kindern am Ende des ersten Lebensjahres ½ Mg pro dosi (0,01 : 100,0, 3-stündlich 1 Theelöffel); bei Kindern im 2. Jahr 1 Mg. pro dosi (0,02 : 100,0, 3-stündl. 1 Theelöffel), im 3. und 4. Jahr 0,03—0,04 : 100,0, 3-stündl. 1 Theel., im 5— Jahre zu steigen bis auf 5 Mg. (0,1 : 200,0, 3-stündl. 1 Kinder[-] löffel). — Im Allgemeinen soll es das Morphium vollkomme[n] ersetzen, ohne dessen unangenehme Nebenwirkungen zu be[-] sitzen.

— O. Porges («Wiener med. Bl.» 1901 No. 17) empfiehl[t] als Antipyreticum mit gleichzeitig analeptischer Wirkun[g] sehr warm das Eupyrin (ein Vanillinäthylcarbonat-p[ara-] phenetidin). Es bildet blassgrünliche geschmacklose, in Wa[s-] ser schwer lösliche Nadeln. Die Dosis beträgt für Erwach[-] sene 1,0—1,5, für Kinder 0,3—0,5 pro dosi. Die Haupteigen[-] schaften des Eupyrin sind:

1. Wirkt es prompt und ziemlich energisch und rasch anti[-] pyretisch.

2. Besitzt es durchaus keine unangenehmen und toxische[n] Nebenwirkungen, sodass es selbst bei anämischen, schwäch[li-] chen und sehr herabgekommenen Kranken in hohen Dose[n] ohne jede Gefahr verabreicht werden kann.

3. Kommt ihm neben dieser vorzüglichen antipyretischen eine hervorragend stimulirende Wirkung zu, welche sein Werth bei geschwächten Kranken ganz besonders erhöht.

Vermischtes.

Am. 30. September beging der Corpsarzt des Gardecorps Geheimrath Dr. Carl Fowelin, sein 50-jähriges Dienstjubiläum, nachdem er bereits im Mai d. J., wie wir seiner Zeit berichtet haben, sein 50-jähriges Doctorjubiläum feiern konnte. Der Jubilar hat seit Erlangung der Doctorwürde an der Dorpater Universität i. J. 1851 fast seine ganze Dienstzeit als Arzt im Gardecorps verbracht, die letzten 15 Jahre als Corpsarzt. Es betheiligten sich daher an der Jubelfeier im Stabshause vorzugsweise die Aerzte des Gardecorps und der in St. Petersburg befindlichen Militäranstalten. In allen dem Jubilar bei dieser Gelegenheit dargebrachten Adressen wurde das collegiale Verhalten des Jubilars zu den Untergebenen, sowie die Liebe der Letzteren zu dem Jubilar betont, der sich in seinen Beziehungen zu Allem stets von den Principien der Humanität und Gerechtigkeit habe leiten lassen. Unsererseits schliessen wir uns den zahlreichen Gratulanten an dieser Stelle mit dem Wunsche an, dass der verehrte Jubilar in ungeschwächter Kraft noch viele Jahre unter uns wirken möge.

— Die Feier des 80. Geburtstages des Altmei[-] sters der Medicin Prof. R. Virchow in Berlin ist wahrhaft grossartig verlaufen, sie hat durch die so ausge[-] dehnte Theilnahme der gesammten medicinischen Welt sich zu einer internationalen Feier gestaltet. Die Festlichkeiten be[-] gannen am Sonnabend mit der Eröffnung des neuen pathologischen Museums, bei welcher Virchow in Gegenwart mehrerer Minister, aller fremden Gäste, der Ab[-] ordnungen sämmtlicher deutscher Universitäten, den Berliner med. Facultät u. v. a. einen zweistündigen Vortrag über die Geschichte der pathologischen Wissenschaft hielt. Den Mittel[-] punkt der glänzenden Veranstaltungen bildete der Festakt im Sitzungssaale des Abgeordnetenhauses, gleich nach dem in[-] timen Festmahl, das die Familie Virchow mit den fremden Delegirten vereinte. Den Festact eröffnete Prof. Waldeyer mit einer Begrüssungsrede an den Jubilar und Ueberreichung einer Ehrengabe Deutschlands im Betrage von 50,000 Mark zur Verstärkung der Virchow-Stiftung. Hierauf verlas der Cultusminister ein Kaiserliches Rescript, durch welches dem Jubilar die grosse goldene Medaille verliehen wird. Der italienische Minister Baccelli überreichte mit einer lateinischen Ansprache im Namen

Italiens das Doppelbild Morgagni's und Virchow's und schloss mit den Worten «Lebe du Zierde und Leuchte des Menschengeschlechts, von allen Nationen bewundert, von Italien geliebt, lebe unsterblich!»

Fast sämmtliche grössere Blätter der Welt haben den 80. Geburtstag Virchow's mit Festartikeln gefeiert. Die «Berl. klinische Wochenschrift» hat eine Festnummer herausgegeben, in welcher die hervorragendsten medicinischen Gelehrten aus aller Welt, an der Spitze Minister Baccelli, Virchow's Verdienste um die Medicin feiern. Auch die gesammte russische Presse widmet dem grossen deutschen Gelehrten Worte der wärmsten Anerkennung und Bewunderung und aus den verschiedensten Gegenden des russischen Reiches (Moskau, Kiew, Odessa, Kasan, Jekaterinosslaw u. a.) wird von Festsitzungen der medicinischen und wissenschaftlichen Gesellschaften zu Ehren Virchow's gemeldet. Auf ein Glückwunsch-Telegramm aus Moskau hat Virchow antworten lassen, er sei tief gerührt durch die Sympathien Russlands und beabsichtige trotz seines hohen Alters Russland zu besuchen, um sich persönlich zu bedanken.

— Dem früheren Professor der pathologischen Anatomie an der militär-medicinischen Academie, Academiker Dr. Constantin Winogradow, welcher vor Kurzem nach Ausdienung von 30 Jahren verabschiedet wurde, ist es gestattet worden, an der Academie auch fernerhin Vorlesungen als Privatdocent zu halten.

— Nach dem im vorigen Semester erfolgten Rücktritt des Decans der medicinischen Facultät der Charkower Universität Dr. M. A. Popow (Anatom) wurde die interimistische Ausübung der Functionen des Decans dem ältesten Mitglied der medicinischen Facultät Prof. Dr. W. P. Krylow (pathol. Anatom), welcher seit 1873 im Dienst steht, übertragen. Jetzt hat auch, wie die örtliche Gouvernements-Zeitung berichtet, Prof. Krylow auf die Decanswürde verzichtet und ist mit der Wahrnehmung der Pflichten des Decans der med. Facultät der Director der therapeutischen Facultätsklinik Prof. Dr. Obolenski betraut worden.

— Der Privatdocent und ausseretatmässige Assistent der Moskauer Universität Dr. Lindemann ist zum ausserordentlichen Professor der allgemeinen Pathologie an der Kiewer Universität ernannt worden.

— Zum ausserordentlichen Professor der theoretischen Chirurgie an der Tomsker Universität ist der jüngere Arzt des Kalugaschen Militärlazareths, Collegienassessor Dr. A. Mysch ernannt,

— Als stellvertretender Bibliothekar der militärmedicinischen Academie ist der bisherige langjährige Bibliothekarsgehilfe Collegienrath W. Brasch bestätigt worden.

— In der Jahresversammlung der St. Petersburger ophthalmologischen Gesellschaft, welche am 27. September unter dem Vorsitz Prof. Belljarminow's stattfand, wurden zu Gliedern der Verwaltung gewählt: Zum Präsidenten Prof. Belljarminow, zum Vicepräsidenten der Leiboculist Dr. Tichomirow, zu Secretären Prof. Andogski und Dr. Gagarin, zum Cassirer Dr. Blessig, zum Bibliothekar Dr. Selenski und zu Gliedern der Revisionscommission die Doctoren M. Reich, Th. v. Schröder und Felser. Nach dem in dieser Sitzung vom Secretär verlesenen Jahresbericht zählt die Gesellschaft gegenwärtig (zu Beginn des 5. Jahres ihres Bestehens) 3 Ehrenmitglieder, 53 wirkliche Mitglieder und 6 correspondirende Mitglieder, in Summa 62 Mitglieder.

Verstorben: 1) Am 29. September in Riga der Präses der städtischen Sanitätscommission Dr. Eugen v. Bochman nach langem und schwerem Leiden im 65. Lebensjahre. In dem Hingeschiedenen verlieren die Rigaschen Aerzte einen liebenswürdigen und treuen Collegen und die Stadt Riga einen Mann, der seine reichen Kenntnisse und seine rastlose Arbeit Jahrzehnte hindurch in den Dienst ihres Gemeinwesens gestellt hat.

Als Sohn eines Generals zu Libau geboren, widmete er sich von 1854—59 dem Studium der Medicin in Dorpat, wo er der Fraternitas academica Dorpatensis angehörte. Nach Erlangung der Doctorwürde war er anfangs Assistent der Dorpater therapeutischen Klinik, sodann einige Zeit im Gouv. Kostroma und Bolderaa, um sich dann 1865 bleibend in Riga niederzulassen, wo er mehrere Jahre als Eisenbahnarzt und von 1874 bis 1889 als Director des Stadtkrankenhauses wirkte, bis ihn zunehmende Kränklichkeit zwang dieses Amt niederzulegen. Er widmete aber auch weiterhin bis zu seinem Lebensende seine Dienste der Stadt Riga als Präses der Sanitätscommission, in welcher Eigenschaft er sich grosse Verdienste um die Verbesserung der Sanitätsverhältnisse der Stadt erworben hat. Seine zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten beziehen sich vorzugsweise auf das Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege. Der Hingeschiedene war als Mensch wie als Arzt eine ideale Persönlichkeit und wird daher bei Allen, die Gelegenheit gehabt haben, ihm im Leben näher zu treten, stets in liebevollem Andenken bleiben. 2) Am 1. October in St. Petersburg das Mitglied des Instituts für Experimental-Medicin Prof. Dr. Marcell Nencki im Alter von 54 Jahren. Der Verstorbene stammte aus dem Gouv. Kalisch, hatte aber seine med. Ausbildung im Auslande (Krakau, Jena und Berlin) erhalten. Nachdem er 1870 von der Berliner Universität zum Doctor med. promovirt worden war, fungirte er an der Universität Bern anfangs als Assistent des pathologischen Instituts und von 1877 an als Professor der physiologischen Chemie, bis er 1890 an das eben eröffnete hiesige Institut für experimentelle Medicin berufen wurde, von welchem er die Leitung der Abtheilung für biologische Chemie übernahm. Seine überaus zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten hat er in ausländischen und inländischen Zeitschriften und im Archiv für biologische Wissenschaften welches vom obengenannten Institut herausgegeben wird veröffentlicht. In seinem Laboratorium arbeiteten beständig eine grosse Zahl von Aerzten, denen er stets ein erfahrener und zuvorkommender Leiter war. 3) In Schanghai am 14. September der Oberarzt des III. fliegenden Militärlazareths Dr. A. S. Kasatschkin im 36. Lebensjahre an Dysenterie. Der Verstorbene, welcher seit 1890 die Praxis ausgeübt hat, war einige Zeit städtischer Sanitätsarzt in Moskau.

— Wie wir den Tagesblättern entnehmen, hat der Curator hiesigen städtischen Marien-Magdalenen-Hospitals Herr Olsen sich bereit erklärt die elektrische Beleuchtung auf seine Kosten in dem genannten Hospital einzuführen, nachdem das Stadtamt sein Gesuch um Beschaffung der elektrischen Beleuchtung fürs Hospital abgelehnt hat

— Behufs Bekämpfung der Lepra im Gouvernement Estland ist, wie aus einem Circular des estländischen Gouvernements hervorgeht, der Arzt Kupffer unabhängig von der ihm übertragenen Verwaltung des Kudaschen Leprosoriums, mit der eingehenden Erforschung aller Fälle von Erkrankungen an der Lepra im Gouv. Estland betraut worden, zugleich aber auch mit der Ergreifung entsprechender Massregeln zur Absonderung der Leprösen und mit der ärztlichen Aufsicht über dieselben. Ueber jeden der Polizei oder den Gemeindebeamten zur Kenntniss gelangenden Leprafall ist der Medicinalabtheilung und vorzüglich auch dem Arzt des Kudaschen Leprosoriums Meldung zu machen. Jeder Leprakranke ist zum freiwilligen Eintritt in das Leprosorium zu Kuda (bei kostenlosem Unterhalt) zu überreden, im Falle der Unmöglichkeit aber, den Kranken im Leprosorium unterzubringen zu Hause von den Gesunden zu isoliren, und zwar arme Kranke auf Kosten der Gemeinde. Es sind die Kreis- und Stadtärzte verpflichtet periodische Besichtigungen der zu Hause isolirten Leprakranken vorzunehmen, wobei auch die anderen in demselben Hause wohnenden Personen der ärztlichen Besichtigung zu unterziehen sind.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 15. Sept. d. J. 8589 (20 mehr als in d. Vorw.), darunter 1001 Typhus — (6 mehr), 907 Syphilis — (31 mehr), 425 Scharlach — (16 mehr), 147 Diphtherie — (5 wen.), 46 Masern — (17 wen.) und 4 Pockenkranke — (1 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 16. bis zum 22. September 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
324	272	526	123	52	112	23	12	21	58	44	47	39	34	23	5	3

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 37, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 23, Scharlach 19, Diphtherie 27, Croup 2, Keuchhusten 11, Croupöse Lungenentzündung 15, Erysipelas 4, Grippe 2, Cholera asiatica 0, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 73, Tuberculose anderer Organe 13, Alkoholismus und Delirium tremens 1, Lebensschwäche u. Atrophia infantum 42, Marasmus senilis 19, Krankheiten d. Verdauungsorgane 74, Todtgeborene 32.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 16. Oct. 1901.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 22. October 1901.

in der Bindehaut	16,91 pCt.
» » Hornhaut	74,68 »
» » Lederhaut	0,45 »
» » Vorderkammer	0,39 »
» » Iris	0,56 »
» » Linse	0,73 »
im Glaskörper	6,01 »

Aus den ambulanten Kranken der St. Petersburger Augenheilanstalt [4]) lassen sich für die sieben Jahre 1888—94 folgende Zahlen berechnen. Von 7804 Fremdkörper befanden sich:

in der Bindehaut	20,14 pCt.
» » Hornhaut	78,88 »
» » Lederhaut	0,14 »
» » Vorderkammer und Iris	0,33 »
» » Linse	0,07 »
im Bulbus (sicher constatiert)	0,41 »

Die Frage, welches Auge häufiger verletzt wird, ist in Anbetracht der Entschädigung der Verletzungen nicht ohne praktische Bedeutung. Praun [1]) (p. 144 l. c.) giebt an, dass bei den beruflichen Verletzungen, besonders der Eisenindustrie, das linke Auge etwas häufiger befallen werde als das rechte und berechnet aus den Statistiken von Cohn, Trompetter, Ottinger und Nieden einen Procentsatz von 59,35 für das linke und von 40,65 für das rechte Auge der Metallarbeiter. Diesem Ergebniss steht andererseits die Angabe Weidmann's [6]) gegenüber, der unter 30000 Patienten der Haab'schen Praxis bei den Fremdkörperverletzungen der Hornhaut eine ziemlich gleiche Betheiligung beider Augen feststellen konnte. Wenn ich meine eigene Statistik diesen Mittheilungen anfügen darf, fand sich unter ca. 700 Fällen nicht perforirender Augenverletzungen das rechte Auge in 48,2 pCt. betheiligt, das linke in 47,6 pCt. und beide Augen gemeinsam in 4,2 pCt. Unter den 549 Fremdkörperverletzungen der Hornhaut war das rechte Auge mit 47,5 pCt. befallen, das linke mit 47,9 und beide gemeinsam mit 4,5. Wir sehen also hier wie bei Weidmann eine fast gleiche Betheiligung beider Hornhäute.

Um die Schädigung des Sehvermögens festzustellen, hat Praun (p. 186 l. c.) bei 702 Hornhautfremdkörpern genau den Sitz notirt und dabei gefunden, dass sich weniger als $1/4$ der Splitter im Pupillargebiet vorfanden, also für die Sehschärfe von übler Bedeutung werden konnten. Nach Praun sassen im rechten Pupillargebiet 68, im linken 57 Splitter, das macht in Procenten 19,8 und 15,8. In meinen Fällen ist indessen das Pupillargebiet stärker betheiligt; nämlich für das rechte Auge mit 24,3 pCt. und für das linke mit 21,5 pCt. Dabei ist noch zu berücksichtigen, dass ich das Pupillargebiet so gross annahm, wie es sich beim Blick des Untersuchten gegen das Fenster darbot, also bei ziemlich enger Pupille. Mit der Erweiterung der Pupille bei weniger intensiver Beleuchtung würde die Zahl der das Sehvermögen beeinträchtigenden Splitter noch bedeutend vergrössert werden. Andererseits darf aber nicht ausser Acht gelassen werden, dass centrale Fremdkörper relativ häufiger als periphere in die Hände des Augenarztes kommen, da sie schwerer zu bemerken und schwerer zu entfernen sind.

In seiner Fremdkörperstatistik hat Praun auch die Betheiligung der einzelnen Hornhautquadranten berücksichtigt. Rechnet man seine Zahlen in Procente um und vergleicht nun die Hornhauthälften mit einander so zeigt sich ein Ueberwiegen der unteren Hälften über die oberen und der inneren über die äusseren. Ganz besonders stark betheiligt war der innere Quadrant des linken Auges mit 34,1 pCt. während sich sonst als höchste Zahl 22.8 pCt. und zwar im inneren unteren Quadranten des rechten Auges findet. Praun geht übrigens auf diese Unterschiede nicht weiter ein.

Ich habe mir in meinen 461 Fällen die Hornhaut in neun Bezirke eingetheilt gedacht, einen centralen pupillaren und acht periphere.

Es fällt uns sofort eine grosse Ungleichmässigkeit in der Vertheilung der Splitter auf. Auf beiden Seiten zeigt das centrale Gebiet die meisten Verletzungen, es folgen dann in ziemlich gleichem Maasse der untere und der innere Sector. Die wenigsten Splitter finden sich in den drei oberen Sectoren und die Differenz zwischen diesen letzteren Werthen und allen übrigen ist eine ausserordentlich grosse. Schlussfolgerungen lassen sich aus diesen Befunden nur mit grosser Vorsicht machen, da erstens das Zahlenmaterial kein sehr grosses ist und zweitens in der Statistik Verletzungen durch die verschiedensten Maschinen vereinigt wurden. Es müsste aber auch hierin individualisirt werden, wenn der Einfluss der einzelnen Maschine erkannt werden soll.

	rechts.		links.	
	absol.	‰	absol.	‰
mitten	57	243	48	215
oben	5	21	6	26
oben aussen	1	4	8	35
oben innen	8	33	6	26
aussen	31	130	18	80
innen	38	159	40	179
unten	41	172	36	161
unten aussen	31	130	31	139
unten innen	26	105	30	134
	238		223	

Die Factoren, welche den Sitz des Fremdkörpers beeinflussen, sind seine Flugbahn und die Stellung des Auges bei der Verletzung. Die letztere hängt ab von der Körperhaltung und von reflectorischen Schutzbewegungen. Das Auge ist in Anbetracht seiner exponirten Lage relativ gut durch die Nase, den Orbitalbogen mit den Augenbrauen und die Lider geschützt; besonders die Lider bewähren sich als ausserordentlich wirksame Fangapparate. Ihre Wirkung beruht nicht allein auf ihrer Lage, sondern wird auch noch dadurch unterstützt, dass die sich nähernde Gefahr einen Orbicularis-Krampf auslöst, während das Auge zugleich nach oben aussen, seltener nach oben und innen flieht. (Nur bei einer kleinen Zahl von Individuen wendet sich beim Zukneifen der Augen der Bulbus nach unten), (vgl. Wilbrand und Saenger. Neurolog. des Auges, I, 53). Wenn wir dann noch berücksichtigen, dass verschiedene Maschinen den Fremdkörpern eine verschiedene Flugbahn geben und dass individuelle Eigenthümlichkeiten, wie Linkshändigkeit und Refractionsanomalien, abändernd auf den Sitz der Fremdkörper einwirken können, werden wir den Eindruck empfangen, dass es sich hier um keine einfachen Verhältnisse handelt.

Ein Blick auf die Schemata lehrt uns, dass von den angenommenen Hornhautbezirken der mittlere am meisten betroffen ist; nächstdem kommen der innere und der untere. Vergleichen wir die Hornhauthälften untereinander, finden wir, dass die unteren Hälften mehr als die oberen und die inneren mehr als die äusseren

in Mitleidenschaft gezogen sind, ein Verhältniss das sich auch in den Praun'schen Zahlenreihen wiederfindet. Der grösste Unterschied zeigt sich aber, wenn wir die unten-inneren Hornhauthälften den oben-äusseren gegenüberstellen; die relativ geringe Betheiligung dieser letzteren könnte wohl als eine Folge der reflectorischen Fluchtbewegung des Auges nach oben-aussen angesehen werden. Allerdings wird eine derartige Schutzbewegung der Augen bei Verletzungen von L. Müller[8]) in Abrede gestellt. (Ueb. Ruptur der Corneo-Scleralkapsel durch stumpfe Verletzungen, 1895). Dass die drei oberen Sectoren so auffallend wenig Splitter enthalten, ist zweifellos auf den Lidschutz zurückzuführen, ebenso wie die geringe Betheiligung des unten-inneren Sectors auf den Schutz durch die Nase. Dass der rechte äussere Sector so viel mehr betroffen ist als der linke äussere, liegt vielleicht an der Stellung des Arbeiters, wodurch die rechte Gesichtshälfte der Ursprungsquelle der Splitter häufig mehr genähert ist (wie z. B. an der Schmirgelscheibe). Hierdurch müssen die Splitter der äusseren Hälfte des linken Auges gegenüber häufig eine tangentiale Flugbahn annehmen und werden daher in geringerem Maasse haften bleiben.

Wenn wir uns aus eignem Augenschein überzeugen, wie dicht und wie beständig die Metallsplitter bei vielen Beschäftigungsarten abspringen, können wir uns nur wundern, dass Verletzungen nicht noch häufiger vorkommen. Dass den natürlichen Schutzvorrichtungen des Auges bei der Verhütung der Verletzungen eine sehr grosse Bedeutung zukommt, erhellt ohne weiteres aus dem Aussehen von Brillen, die längere Zeit bei der Arbeit getragen wurden. Ich erlaube mir hier eine herumzureichen. Sie wurde nicht volle 5 Monate von einem Arbeiter der Libauer Drahtfabrik getragen und weist annähernd jederseits 300 Fremdkörper auf; und wie viele derselben mögen von dem harten Glas abgesprungen sein, ohne Spuren zu hinterlassen!

Inbetreff der klinischen Erscheinungen der Hornhautfremdkörper kann ich auch kürzer fassen. Je nach Art und Sitz des Splitters und mich der Dauer der Verletzung variiren die Reactionserscheinungen des Auges.

Je tiefer ein Fremdkörper ins Hornhautgewebe eingedrungen ist, je näher er dem Limbus sitzt, je länger er sich in der Hornhaut befindet und endlich je stärker er chemisch reizt, um so energischer wird das Auge reagiren. Daneben spielen individuelle Momente eine grosse Rolle, insofern als ein ungeeignetes Verhalten von Seiten des Patienten die Injection und die Epiphora steigern. Die subjectiven Beschwerden können dabei ganz erheblich sein und den Patienten gradezu herunterbringen.

Im Vergleich zu den perforirenden Fremdkörpern sind die oberflächlichen als harmlos anzusehen, aber nur im Vergleich mit jenen, denn wie jede Hornhautverletzung beanspruchen auch sie unsere ganze Sorgfalt. Wenn Infectionen durch Fremdkörper in der Regel nicht eintreten, müssen wir doch darauf gefasst sein: Stein- und Holzsplitter sind in dieser Beziehung besonders zu fürchten, Metallverletzungen in viel geringerem Maasse.

Die chemische Reizfähigkeit der Fremdkörper vermag die pericorneale Injection und die reactive Trübung der Hornhaut oft beträchtlich in die Höhe zu treiben, wie wir es z. B. sehr bedeutend bei Schmirgelstückchen sehen können. Hierbei darf aber die Reizfähigkeit nicht mit Löslichkeit des Fremdkörpers identificirt werden. Es kann sogar zu einer begleitenden Iritis kommen.

Es kommt vor, dass Fremdkörper lange Zeit in der Hornhaut liegen bleiben, ohne Reizerscheinungen zu machen. Hilbert[9]) beobachtete die 1 mm. lange Flügeldecke eines Käfers in der Hornhaut, ohne dass in $1^1/_2$ Jahren Reizerscheinungen eingetreten wären. Bowen[10]) beobachtete dasselbe von einem Zündhütchensplitter, der 20 Monate, Magnus[11]) von einem Glassplitter, der $2^1/_4$ Jahre im Hornhautgewebe gelegen hatte. Es wäre indessen weit gefehlt, sich durch derartige seltene Fälle in seiner Therapie beeinflussen zu lassen. In der Regel erfolgt in kürzerer oder längerer Zeit die spontane Ausstossung des nicht extrahirten Fremdkörpers, oft erst nach einer längeren reactionslosen Pause.

Hornhautfremdkörper bleiben nur dann ohne weitere schlimme Folgen, wenn sie die Bormansche Membran nicht verletzt haben; ist dieses der Fall, so bezeichnet eine Macula den ehemaligen Sitz des Splitters. Wie wir vorhin sahen, trifft ungefähr der vierte Theil aller Hornhautfremdkörper die pupillare Zone, also denjenigen Theil, der für das Sehen von Bedeutung ist. Es lässt sich meiner Ansicht nach garnicht in Abrede stellen, dass die häufigen Verletzungen — mögen sie auch noch so klein sein — allmählich schädigend auf die Sehschärfe einwirken müssen. Bei seitlicher Beleuchtung und Lupenvergrösserung sehen wir häufig genug im centralen Hornhauttheil Fleckchen an Fleckchen; dieselben hemmen aber nicht allein die Lichtstrahlen, sondern lenken sie auch noch vermöge eines unregelmässigen Astigmatismus ab und in dieser Doppelwirkung, häufig verbunden mit Blendungserscheinungen durch Lichtdiffusion, beruht eben die wahre üble Bedeutung der Fremdkörperfleckchen.

Wenn auch die Schädigung des Sehvermögens durch diese Macula vielfach anerkannt wird, fehlt es doch noch an einer genauen Bestimmung des Betrages der Schädigung. Walther[12]) hat kürzlich an einem grossen Arbeitsmaterial die Schwächung des Sehens infolge verschiedener Berufsschädigungen festzustellen versucht. Wir finden aber in seiner Statistik nur in einem Falle «mehrmalige kleine Hornhautverletzungen» als Ursache der erworbenen Sehschwäche angegeben. Die Methode der Massenuntersuchung in Fabriken, wie sie Walther angewandt hat, scheint mir aber nicht geeignet in dieser Beziehung Aufschlus zu geben. Da es sich um eine sehr allmählich und relativ geringe Herabsetzung der Sehschärfe handelt, kann nur eine wiederholte Untersuchung des einzelnen Arbeiters am Platze sein. Leider müssen wir uns fürs erste an dem frommen Wunsch genügen lassen, denn solange nicht alle Arbeiter schon bei ihrer Anstellung augenärztlich untersucht werden und solange nicht eine Verschärfung der augenärztlichen Controlle eingetreten ist, wird es nicht möglich sein die Sehschärfenabnahme zahlenmässig festzuhalten. Bei uns liegen die Aussichten noch hoffnungsloser als im Auslande, da wir keine straffe Arbeiterorganisation besitzen, in deren Interesse derartige Untersuchungen liegen könnten. Aber auch in Deutschland bietet das Unfallversicherungsgesetz keine Handhabe, um die allmähliche Herabsetzung der Sehschärfe durch Fremdkörper zu entschädigen. Dasselbe verlangt neben dem ärztlichen Gutachten verschiedene formelle Forderungen, welche jeden Unfall als solchen sicher stellen müssen, nämlich die Namhaftmachung von Zeugen, die Beschreibung des Unfalls, die chronologische Fixirung desselben u. s. w., Forderungen denen wohl nie genügt sein wird, solange sich nicht Arbeitsgeber und Arbeitsnehmer über die Tragweite der Fremdkörperverletzungen klar sind (vgl. Magnus[13]) und Maschke[14]).

Die Prophylaxe der Hornhautfremdkörper deckt sich mit derjenigen der übrigen Augenverletzungen insofern als hier wie dort Schutzmassregeln für das Auge und Sicherheitsmassregeln an den Maschinen in Frage kommen. Ein Unterschied läge indessen darin, dass bei Beschäftigungsarten, die fast ausschliesslich zu leichten

Hornhautverletzungen führen, die Schutzbrillen, um welche es sich hier handelt, leichter gearbeitet sein dürfen.

Praun formulirt die Anforderungen, welche an eine gute Schutzbrille gestellt werden müssen, folgendermaassen: 1) muss sie zweckentsprechend sein, also unbedingt auch die kleinsten Splitter abhalten; 2) muss sie haltbar und nicht zu teuer sein; 3) darf sie nicht zu viel Licht wegnehmen, indem sie sonst Beschwerden verursacht; 4) muss sie gern getragen werden, also bequem sitzen, nirgends drücken und nicht zu heiss machen. Wir ersehen hieraus, dass es also bei der Construction einer derartigen Brille auf Form, Gewicht und gute Beschaffenheit der Gläser ankommt. Man hat das Glas durch Glimmer und Bergkrystall zu ersetzen gesucht und das Metall der Fassung durch Celluloid, um die Zerbrechlichkeit und das Gewicht zu vermindern. Zur Verhütung des Beschlagens der Gläser sind Ventilationslöcher und Luftzüge in der Fassung angebracht worden. Gegen Ueberhitzung ist als Material Schering'sches Gelatoid empfohlen worden. Alle diese Brillen, sie mögen auf noch so richtigen Principien aufgebaut sein, leiden an dem grossen Mangel, dass sie von den Arbeitern ungern getragen werden. Es lässt sich ja auch garkein Brillenmodell denken, das dem Sehen eines normalen Auges nicht hinderlich und dem Träger nicht unbequem wäre. Wie bei allen prophylaktischen Massnahmen, muss also auch hier die Belehrung der Arbeiter der Verwerthung der Schutzbrillen voraufgehen. Dass man unter den letzteren die zweckmässigsten einzuführen und durch sie die veralteten zu verdrängen sucht, ist selbstverständlich. In Frankreich ist von der Gesellschaft der Industriellen das System Simmelbauer angenommen worden; diese Brille ist in Weissblech gefasst, hat 2—6 mm. Dicke, leicht auszuwechselnde Gläser und rechtwinklig gebogene Luftzüge für die Lufterneuerung; ihr Gewicht ist aber sehr beträchtlich (57—80 gr.). In der Rheingegend und in Holland haben sich Glasbrillen von 4—6 mm. Stärke bewährt, deren Gewicht durch Ovalschleifen der Gläser bis auf 38 gr. herabgesetzt wurde (Hillemanns[15]). Schubert[16]) in Nürnberg hat Schutzklappen aus Drahtgeflecht herstellen lassen, die an jedem beliebigen Brillengestell befestigt werden können.

Einem Jeden muss überlassen bleiben, sich aus der ausserordentlich grossen Anzahl verschiedener Brillenmodelle das geeignetste in Berücksichtigung der localen Verhältnisse herauszusuchen.

Die Behandlung der Fremdkörper muss stets in die Hände des Arztes gelegt sein; Hülfeleistungen durch Laien und Feldscher werden sich leider nie ganz hintertreiben lassen, sind aber von uns nach Möglichkeit zu bekämpfen. Die Behandlung der Fremdkörper besteht in einer möglichst schnellen und radicalen Entfernung. Ein Abwarten, welches mit der spontanen Ausstossung des Fremdkörpers rechnet, ist gelegentlich gleichfalls empfohlen worden (z. B. von Schmitz[17]), widerspricht aber zu sehr unseren allgemeinen chirurgischen Anschauungen, als dass es Beachtung verdiente. Bei der Extraction soll man sich nicht mit der Entfernung des Fremdkörpers allein begnügen, sondern soll die Wunde auch von seinen Zerfallprodukten und von dem eitrigen Belage vollständig reinigen. Bei Verletzung durch glühende Metallsplitter ist der Brandschorf abzukratzen, bei Eisenverletzungen der Rosthof u. s. w. Ein Zurücklassen derartiger Bestandtheile hält die Entzündung aufrecht und verlängert die Krankheitsdauer.

Welcher Instrumente man sich bei der Extraction bedient, hängt gänzlich von dem Geschick und dem Geschmack des Arztes ab. Bei oberflächlich sitzenden Fremdkörpern genügen Spatel oder Starnadel, bei tiefer sitzenden müssen der Hohlmeissel oder ein kleiner scharfer Löffel (Dessauer[18]), Burchardt[19]) angewandt werden. Befindet sich der Splitter in einer Gewebstasche, spaltet man zur Erleichterung der Extraction die auflagernden Schichten oder durchbrennt sie mit der Glühschlinge (Germann[20]). Dieses letztere Verfahren hat Jackson[21]) für die Entfernung von Pulverkörnern empfohlen. Auch der Elektromagnet wird in geeigneten Fällen zur Extraction eiserner Hornhautsplitter benutzt; es ist von historischem Interesse, dass die erste Magnetextraction grade an einem Hornhautsplitter durch Wilhelm Fabry aus Hilden bei Cöln um die Mitte des 17. Jahrhunderts ausgeführt wurde[22]).

Im Allgemeinen wird die Entfernung von Hornhautfremdkörpern keine Schwierigkeiten machen. Die Extraction kann man sich wesentlich durch die Anwendung einer binoculären Stirnlupe erleichtern, welche den Gebrauch beider Hände frei gestattet. Bei spitzen und zerbrechlichen Splittern und bei tiefem Sitz derselben verlangt indessen die kleine Operation oft viel Geschick und Geduld. Ragt endlich der Fremdkörper in die Vorderkammer und befürchtet man ein völliges Hineingleiten in dieselbe, dann ist oft ein grösserer Eingriff erforderlich: mit der Eröffnung des Bulbus berühren wir das grosse Kapitel der Augapfeloperationen.

Ausser der chirurgischen Behandlung ist noch hier und da eine medicamentöse vorgeschlagen worden, welche den Zweck haben soll, die Fremdkörper aufzulösen. Wir werden mit Arlt[23]) die Anwendung verdünnter Essigsäure bei Eisenfremdkörpern als ein unnöthiges Verfahren bezeichnen können. Rationeller scheint es uns, wenn Inouye[24]) staubförmige arsenikhaltige Fremdkörper, welche sich nicht mit der Nadel entfernen lassen, mit 0,3 pCt. Kalilösung auflöst.

Die Nachbehandlung variirt nach der Schwere des Falles. Gewöhnlich wird dieselbe durch das Fortbleiben der Patienten frühzeitig abgekürzt, ebenso wie Verbände nur selten getragen werden. Auch hier kommt es, ebenso wie bei der Prophylaxe ganz besonders auf den persönlichen Einfluss des Arztes an.

Literatur:

1) Praun: Die Verletzungen des Auges. Wiesbaden 1899.

2) Mooren: Fünf Lustren ophth. Wirksamkeit. Wiesbaden. 1882.

3) Cohn: 30 Jahre augenärztl. und akadem. Lehrthätigkeit. Breslau. 1897.

4) Mittheilungen aus der St. Petersburger Augen-Heilanstalt. Heft III. IV. u. V.

5) Gasiorowsky: J. D. Basel 1890.

6) Weidmann: J. D. Zürich 1888.

7) Sons: cit. nach Praun

8) L. Müller: Ueb. Ruptur der Corneo-Scleralkapsel durch stumpfe Verletzungen 1895.

9) Hilbert: Klin. Mon. f. Aug. 1895.

10) Shaw Bowen: Arch. f. Aug. 1887. XVII. 4.

11) Magnus: cit. nach Praun p 182.

12) Walther: Arch. f. Aug. XLII. 1900.

13) Magnus: Unfallsbeschädigungen der Augen. Breslau. 1894.

14) Maschke: Die augenärztliche Unfallpraxis. Wiesb. 1899.

15) Hillemanns: cit. nach Praun.

16) Schubert: Centrbl. f. pr. Aug. 1888.

17) Schmitz: Klin. Mon. f. Aug. 1887.

18) Dessauer: Klin. Mon. f. Aug. 1889.

19) Burchardt: Berl. ophth. Gesell. 22. Nov. 1894.

20) Germann: St. Petersb. medicin. Wochenschr. 1894.

21) Jackson: Albany med. Ann. 1897. ref. Centr. f. pr. Aug.

22) Hirschberg: D. Magnetoperation in der Augenheilk. Leipz. 1899.

23) Arlt: Krankheit. des Auges. 1858. I.

24) Inouye Arch. f. Aug. XVI. 1.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

F. Skutsch: Geburtshilfliche Operationslehre. Verlag G. Fischer, Jena, 1901.

Das vorliegende Buch soll nicht ein Lehrbuch der Geburtshilfe ersetzen, sondern behandelt nur einen Theil derselben, die operative Geburtshilfe. S. hat eine Reihe von Jahren hindurch Studirenden und Aerzten Curse der geburtshilflichen Operationen am Phantom gegeben und bei Abfassung dieses Buches anfänglich die eigenen Schüler im Auge gehabt. Es dient aber nicht allein als Leitfaden für die Theilnehmer an Cursen, der Praktiker kann sich auch daraus Rath holen. Das Buch enthält eine ansehnliche Zahl von Zeichnungen, die so anschaulich und fein ausgearbeitet sind, wie man es selten sieht. Die Anordnung ist übersichtlich.

Lingen.

Dr. Robert Krieg: Atlas der Nasenkrankheiten, enthaltend 356 Figuren in 475 Einzelbildern auf 38 Tafeln. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1901.

Wir haben bereits beim Erscheinen der ersten 2 Lieferungen des prachtvollen Krieg'schen Werkes unsere Leser auf die Vorzüge desselben aufmerksam gemacht. Jetzt liegt nun das ganze Werk, in allen seinen 7 Lieferungen, vollständig vor. Den Inhalt der ersten 2 Lieferungen haben wir bereits wiedergegeben. Die 3. Lieferung enthält mehrere Abbildungen der Nasenfracturen und Luxationen, des Haematoms, Abscesses und Perforation der Nasenscheidewand. Bei den erworbenen Atresien sind Beispiele nach Lues und Trauma gegeben, bei den Verengerungen und Synechien sind besonders die schlimmen Folgen der ungeschickten Galvanocaustik dargestellt. Es folgen darauf zahlreiche Abbildungen der acuten Rhinitis catarrhalis, diphtherica, fibrinosa und der verschiedenen Formen der chronischen Rhinitis und ihrer Folgezustände. Die Nasenpolypen in ihren verschiedenen Formen und Localisation sind in der 4. Lieferung vorzüglich abgebildet. Es folgen darauf in der 5. Lieferung zahlreiche, zum Theil recht seltene Bilder des perforirenden Septumgeschwürs, der habituellen Nasenblutung und des blutenden Septumpolyps. Aeusserst naturgetreu und sehr zahlreich sind die Abbildungen der Tuberculose, der Syphilis der äusseren und inneren Nase und der bösartigen Neubildungen derselben (6. und 7. Lieferung). Man ersieht aus dieser kurzen Inhaltsangabe, was für eine Fülle von Material das Werk bietet; die schöne mustergiltige Bildersammlung aber kann nur durch eingehendes eigenes Studium genügend abgeschätzt werden. Wir hoffen, dass der Atlas, der als eine wesentliche Bereicherung der rhinologischen Literatur bezeichnet werden muss, eine grosse Verbreitung unter allen Collegen finden wird, die er vollständig verdient. Die Ausstattung des Werkes ist eine vorzügliche.

A. Sacher.

Die Verengerungen der Luftwege. Von Dr. Pieniazek, Professor der Laryngologie an der k. k. Universität in Krakau. Leipzig und Wien. Franz Deuticke. 1901.

Im vorliegenden, hochinteressanten Werke legt Verf. die Ergebnisse seiner mehr als fünfundzwanzigjährigen Erfahrung auf dem Gebiete der Verengerungen der Luftwege nieder. Auf mehr als 500 Seiten beschreibt er mit ausserordentlicher Sachkenntniss und der Wichtigkeit der Frage entsprechender Ausführlichkeit alle Krankheiten der Nase, des Rachens, Kehlkopfes, Luftröhre der Bronchien und Nachbarorgane, die zu Verengerungen der ersteren führen können. Den grössten und wichtigsten Theil des Werkes bilden die Abschnitte über Laryngeal- und Trachealstenosen und ihre blutige und unblutige Behandlung. Diesen Stenosen hat Verf. im Laufe seiner ganzen laryngologischen Thätigkeit die grösste Aufmerksamkeit gewidmet, mit ihnen hat er sich am eingehendsten beschäftigt und auf diesem Gebiete verfügt er über eine überaus reiche Erfahrung. Aber auch die anderen Capitel lassen an Vollständigkeit und vorzüglicher Darstellung nichts zu wünschen übrig. Ausser dem Laryngologen, dem das Studium des Werkes den grössten Nutzen bringen wird, wird es auch vom Internisten und Chirurgen mit dem selben Interesse gelesen werden. Allen Ihnen sei das Werk bestens empfohlen.

A. Sacher.

E. Dirmoser: Vomitus gravidarum perniciosus. — Verlag von Braumüller. Wien und Leipzig. 1901.

Die Hyperemesis beginnt unter dem Bilde einer Reflexneurose, in ihrer weiteren Entwickelung nimmt sie das Bild einer Autointoxication an. Der constante Reiz, welchen die nervi sympathici in ihren den inneren Sexualorganen angehörigen Endigungen erfahren, übt reflectorisch auf die Verdauungsvorgänge einen Einfluss aus. Producte des Stoffwechsels, welche auf normale Weise zur Ausscheidung kommen, werden in auffallend reichlicher Menge gefunden, als eine Folge ihrer vermehrten Bildung und längeren Zurückhaltung im Organismus, wie Indoxyl, Skatoxyl. Diese Stoffe finden sich im Harn und stammen von dem im Darmtractus sich bildenden Indol und Skatol, welche ihrerseits bei Zustandekommen einer Intestinalintoxication eine hervorragende Rolle spielen. — Die Harnanalysen lehren, dass Urobilin in allen Fällen reichlich vermehrt war, Blutfarbstoff in 4 Fällen nachweisbar, Aceton, Pepton, Oxalsäure meist Indoxyl und Skatoxyl stets auffallend vermehrt war. Was die Therapie anlangt, so empfiehlt Verf. Darmantiseptica (Creosotal, Salzsäure, Eosot, Bismuth).

Lingen.

Privatdocent Dr. P. H. Gerber: Atlas der Krankheiten der Nase, ihrer Nebenhöhlen und des Nasenrachenraumes. Berlin. 1901. Verlag von S. Karger.

Das Bedürfniss an einer bildlichen Darstellung der Nasenkrankheiten wurde vom Lernenden und Lehrenden in gleicher Weise schon längst empfunden. Nur so ist es zu erklären, dass fast gleichzeitig und vollkommen unabhängig von einander neben dem Krieg'schen Atlas auch der Gerber'sche erschienen ist, dessen erste 3 Lieferungen uns jetzt vorliegen. Beide Atlanten werden hoffentlich einander nicht stören, denn beide Herren waren eifrigst bestrebt, das beste und schönste auf dem betreffenden Gebiete zu liefern, was der Wissenschaft doch nur zu Gute kommen kann. Das ganze Gerber'sche Werk erscheint in 6 Lieferungen à 5—6 Tafeln nebst Text zum Preise von 6 Mark für die Lieferung.

Die ersten 3 Lieferungen enthalten zahlreiche Abbildungen der normalen Nase und ihrer anatomischen Varietäten, der Septum-Deviationen, des normalen Nasenrachenraumes und Varietäten desselben, Atresien und Synechien, Affectionen des Septums, der einfachen, fibrinösen, atrophischen und der verschiedenen Formen der hypertrophischen Rhinitis. Darauf folgen mehrere Abbildungen der Hypertrophie der Rachenmandel, der adenoiden Vegetationen und der intra- und retranasalen Polypen. Die meisten Abbildungen sind naturgetreu und geben eine richtige Vorstellung vom betreffenden Krankheitsprocess. Wir hoffen, das die übrigen Lieferungen den ersten 3 nicht nachstehen werden.

A. Sacher.

Referate.

Wilhelm Ebstein: «Die Untersuchung des Mastdarmes von aussen und deren therapeutische Verwendung». Deutsche medic. Wochenschr. Nr. 30, 1901.

Autor weist darauf hin, dass man das Rectum, wenn es stark von Koth ausgedehnt ist, von aussen, durch die dasselbe bedeckenden Weichtheile palpiren kann. Bei einer solchen Füllung kann man das Rectum linkerseits in der Gesässspalte, als einen in der Regel reichlich daumendicken Wulst fühlen, welcher lateralwärts von der Steissbeinspitze, oder noch etwas höher beginnend sich bis zum Anus erstreckt. Diesen gewöhnlich sich höckerig anfühlenden Wulst kann man durch sanftes Streichen von hinten nach vorne zum Verschwinden bringen, wobei sich aus der Mastdarmöffnung eine längere Kothsäule oder mehrere feste Kothstücke von verschiedener Grösse entleeren. Ebstein hat die eben geschilderten Verhältnisse in verschiedenen Lebensaltern ebenso beim männlichen, wie beim weiblichen Geschlechte beobachtet. Auf der rechten Gesässspalte hat Ebstein niemals die angegebenen Befunde constatiren können. In therapeutischer Hinsicht hat Verfasser die von ihm eruirte Thatsache in zweifacher Weise verwerthet, 1) um den untersten Dickdarmabschnitt von seinem stagnirenden Inhalt zu befreien und 2) um durch Massage die austreibende Kraft des betreffenden Darmtheils zu kräftigen und seine Leistungsfähigkeit zu erhöhen.

Die Befreiung des Mastdarms von seinem Inhalt geschieht nach den Beobachtungen des Autors in der oben angegebenen Weise recht leicht. In der Regel können die betreffenden Individuen, nachdem sie genügend über die Sache verständigt sind, diese kleine Manipulation an sich selbst ohne jede Schwierigkeit ausführen, und zwar am bequemsten, auf dem Klosett sitzend. — Was die Ausführung der Massage anlangt, so ist dieselbe recht einfach; die betreffende Person befindet sich in der linken Seitenlage; an der bekannten Stelle streicht man dann langsam und vorsichtig mit eingefettetem Finger von hinten nach vorn; leichtes Kneten ist erlaubt. — Auch für die elektrische Behandlung der chronischen Stuhlverstopfung dürfte die vom Verf. angegebene Stelle in der Gesässspalte geeignet sein. Zum Schluss seiner Abhandlung weist Autor auf anatomische Studien hin, die Friedrich Merkel bezüglich der Lage des Rectums angestellt hat. Dieselben ergeben, dass die Ausbuchtungen des Rectums so angeordnet sind, dass bei sehr starker Anfüllung des untersten Dickdarmabschnittes, derselbe von aussen, und zwar von der Gegend der Fossa ischiorectalis sinistra durch die Weichtheile hindurch leicht palpirt werden kann

Abelmann.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Dr. M. K. Preiss (Moskau) hat das Tannalbin und andere Präparate bei Darmkrankheiten der Kinder im Kinderheim in Moskau angewandt.

Die behandelten Fälle waren die folgenden: 43 Patienten mit Diarrhöen, 15 mit acutem Dünndarmkatarrh, 25 mit acutem Dickdarmkatarrh, 5 mit chronischem Dünndarmkatarrh, 10 mit Cholera infantum, 8 mit Darmtuberkulose und 7 mit Septicaemie.

Kindern von 1 Monat gab er 0,05—0,1 3 bis 4 Mal täglich, Kindern von 2 Monaten 0,2 und solchen von 3 Monaten 0,3 Tannalbin. Höhere Dosen wurden nicht gegeben.

Das Mittel erwies sich bei Diarrhöen, die zusammen mit Magenstörungen auftraten oder mit einer andern Krankheit complicirt waren, wenig wirksam.

Ausgezeichnete Resultate wurden bei einfachen Diarrhöen erzielt. In jedem der 15 Fälle von acutem Dünndarmkatarrh leistete das Tannalbin, welches nach vorheriger Verabfolgung eines Laxans mit kleinen Dosen Calomel combinirt gegeben wurde, sehr gute Dienste.

Bei Dickdarmkatarrhen blieb die Wirkung des Tannalbin aus. In den 5 Fällen von chronischem Dünndarmkatarrh gab das Tannalbin positive Resultate. Bei Cholera infantum bewährte sich das Mittel in Combination mit Calomel. Tuberkulöse Diarrhöen wurden in allen Fällen erfolgreich mit Tannalbin bekämpft. Bei Sepsis versagte das Mittel.

(«Wratsch» 1901, Nr. 7).

— Dr. F. Kölbe («Med. chir. Centralbl.» Nr. 17) empfiehlt zur Behandlung des acuten Gichtanfalles dringend das Lithium chinicum, das unter dem Namen Urosin im Handel zu haben ist, und zwar in Tabletten à 0,5 oder als 50% Urosinlösung (Urosinbrausesalz), von welcher 1 Theelöffel 1 g. Lithium chinicum entspricht. Während des Anfalles lässt man 6—10 Tabletten täglich nehmen; nach dem Anfalle giebt man noch 4—6 Tabletten täglich einige Wochen lang.—Auch bei chronischer Gicht schafft der Urosingebrauch, mit Pausen durch mehrere Monate fortgesetzt, bedeutende Besserung aller Beschwerden, die Harnsäureausscheidung wird dabei stark vermehrt.

— Eine ganze Reihe von Autoren (E. Friedländer, Chernbach, Demetriade, Hönigschmied, Werner u. A.) theilen günstige Erfahrungen mit, die sie mit dem Jodipin gemacht haben. Das Jodipin ist eine Verbindung von Jod mit Sesamöl, ein Jodfett, das den Magen unzersetzt passirt, im Darm zum Theil gespalten, zum grössten Theil aber resorbirt wird. Weiter im Blut circulirend giebt es einen Theil des Jods an die Umgebung ab, setzt sich aber in grösseren Mengen in den verschiedensten Körperregionen als Jodfett ab. In den Handel gelangt ein 10% und ein 25%-iges Präparat. Die Anwendung geschieht intern (vorzugsweise das 10% Jodipin), für Kinder 2—3, für Erwachsene 5—6 Theelöffel täglich, — oder subcutan, bis 20—30 Ccm. des 25% Präparates täglich oder jeden 2. Tag. Das Präparat wird auch von schwachen Patienten gut vertragen, die sonst kein Jod gebrauchen können. Die besten Erfolge werden bei tertiärer Lues berichtet, aber auch bei Hypertrophie der Schilddrüse, Bronchialasthma, Scrophulose, zuweilen auch bei Ischias scheint das Jodipin von bedeutender Wirkung zu sein. Jodismus bleibt fast immer aus.

— Unter den neueren Arzneimitteln scheint das Dionin zu einer hervorragenden Rolle berufen zu sein. Es ist das salzsaure Salz das Morphiummonäthyläthers und bildet ein weisses, geruchloses, bitter schmeckendes, crystallinisches Pulver. Die Dosen sind etwa dieselben wie beim Codeïn. Empfohlen wird es hauptsächlich als schmerzstillendes und den Hustenreiz milderndes Mittel bei Erkrankungen des Respirationsapparates, aber auch bei anderen schmerzhaften Leiden und als Hypnoticum (Boltenstern, Janisch, Heim, Hoff u. A.). — Gottschalk erzielte grosse Linderung der Anfälle beim Keuchhusten und empfiehlt folgende Dosirung: bei Kindern am Ende des ersten Lebensjahres ½ Mg. pro dosi (0,01 : 100,0, 3-stündlich 1 Theelöffel); bei Kindern im 2. Jahr 1 Mg. pro dosi (0,02 : 100,0, 3-stündl. 1 Theelöffel), im 3. und 4. Jahr 0,03—0,04 : 100,0, 3-stündl. 1 Theel., im 5—8 Jahre zu steigen bis auf 5 Mg. (0,1 : 200,0, 3-stündl. 1 Kinderlöffel). — Im Allgemeinen soll es das Morphium vollkommen ersetzen, ohne dessen unangenehme Nebenwirkungen zu besitzen.

— O. Porges («Wiener med. Bl.» 1901 No. 17) empfiehlt als Antipyreticum mit gleichzeitig analeptischer Wirkung sehr warm das Eupyrin (ein Vanillinäthylcarbonat-p-phenetidin). Es bildet blassgrünliche geschmacklose, in Wasser schwer lösliche Nadeln. Die Dosis beträgt für Erwachsene 1,0—1,5, für Kinder 0,3—0,5 pro dosi. Die Haupteigenschaften des Eupyrin sind:

1. Wirkt es prompt und ziemlich energisch und rasch antipyretisch.

2. Besitzt es durchaus keine unangenehmen und toxischen Nebenwirkungen, sodass es selbst bei anämischen, schwächlichen und sehr herabgekommenen Kranken in hohen Dosen ohne jede Gefahr verabreicht werden kann.

3. Kommt ihm neben dieser vorzüglichen antipyretischen eine hervorragend stimulirende Wirkung zu, welche seinen Werth bei geschwächten Kranken ganz besonders erhöht.

Vermischtes.

Am. 30. September beging der Corpsarzt des Gardecorps Geheimrath Dr. Carl Fowelin, sein 50-jähriges Dienstjubiläum, nachdem er bereits im Mai d. J., wie wir seiner Zeit berichtet haben, sein 50-jähriges Doctorjubiläum feiern konnte. Der Jubilar hat seit Erlangung der Doctorwürde an der Dorpater Universität i. J. 1851 fast seine ganze Dienstzeit als Arzt im Gardecorps verbracht, die letzten 15 Jahre als Corpsarzt. Es betheiligten sich daher an der Jubelfeier im Stabshause vorzugsweise die Aerzte des Gardecorps und der in St. Petersburg befindlichen Militäranstalten. In allen dem Jubilar bei dieser Gelegenheit dargebrachten Adressen wurde das collegiale Verhalten des Jubilars zu den Untergebenen, sowie die Liebe der Letzteren zu dem Jubilar betont, der sich in seinen Beziehungen zu Allem stets von den Principien der Humanität und Gerechtigkeit habe leiten lassen. Unsererseits schliessen wir uns den zahlreichen Gratulanten an dieser Stelle mit dem Wunsche an, dass der verehrte Jubilar in ungeschwächter Kraft noch viele Jahre unter uns wirken möge.

— Die Feier des 80. Geburtstages des Altmeisters der Medicin Prof. R. Virchow in Berlin ist wahrhaft grossartig verlaufen, sie hat durch die so ausgedehnte Theilnahme der gesammten medicinischen Welt sich zu einer internationalen Feier gestaltet. Die Festlichkeiten begannen am Sonnabend mit der Eröffnung des neuen pathologischen Museums, bei welcher Virchow in Gegenwart mehrerer Minister, aller fremden Gäste, der Abordnungen sämmtlicher deutscher Universitäten, den Berliner med. Facultät u. v. a. einen zweistündigen Vortrag über die Geschichte der pathologischen Wissenschaft hielt. Den Mittelpunkt der glänzenden Veranstaltungen bildete der Festakt im Sitzungssaale des Abgeordnetenhauses, gleich nach dem intimen Festmahl, das die Familie Virchow mit den fremden Delegirten vereinte. Den Festact eröffnete Prof. Waldeyer mit einer Begrüssungsrede an den Jubilar und Ueberreichung einer Ehrengabe Deutschlands im Betrage von 50,000 Mark zur Verstärkung der Virchow-Stiftung. Hierauf verlas der Cultusminister ein Kaiserliches Rescript, durch welches dem Jubilar die grosse goldene Medaille verliehen wird. Der italienische Minister Baccelli überreichte mit einer lateinischen Ansprache im Namen

Italiens das Doppelbild Morgagni's und Virchow's und schloss mit den Worten «Lebe du Zierde und Leuchte des Menschengeschlechts, von allen Nationen bewundert, von Italien geliebt, lebe unsterblich!»

Fast sämmtliche grössere Blätter der Welt haben den 80. Geburtstag Virchow's mit Festartikeln gefeiert. Die «Berl. klinische Wochenschrift» hat eine Festnummer herausgegeben, in welcher die hervorragendsten medicinischen Gelehrten aus aller Welt, an der Spitze Minister Baccelli, Virchow's Verdienste um die Medicin feiern. Auch die gesammte russische Presse widmet dem grossen deutschen Gelehrten Worte der wärmsten Anerkennung und Bewunderung und aus den verschiedensten Gegenden des russischen Reiches (Moskau, Kiew, Odessa, Kasan, Jekaterinosslaw u. a.) wird von Festsitzungen der medicinischen und wissenschaftlichen Gesellschaften zu Ehren Virchow's gemeldet. Auf ein Glückwunsch-Telegramm aus Moskau hat Virchow antworten lassen, er sei tief gerührt durch die Sympathien Russlands und beabsichtige trotz seines hohen Alters Russland zu besuchen, um sich persönlich zu bedanken.

— Dem früheren Professor der pathologischen Anatomie an der militär-medicinischen Academie, Academiker Dr. Constantin Winogradow, welcher vor Kurzem nach Ausdienung von 30 Jahren verabschiedet wurde, ist es gestattet worden, an der Academie auch fernerhin Vorlesungen als Privatdocent zu halten.

— Nach dem im vorigen Semester erfolgten Rücktritt des Decans der medicinischen Facultät der Charkower Universität Dr. M. A. Popow (Anatom) wurde die interimistische Ausübung der Functionen des Decans dem ältesten Mitglied der medicinischen Facultät Prof. Dr. W. P. Krylow (pathol. Anatom), welcher seit 1873 im Dienst steht, übertragen. Jetzt hat auch, wie die örtliche Gouvernements-Zeitung berichtet, Prof. Krylow auf die Decanswürde verzichtet und ist mit der Wahrnehmung der Pflichten des Decans der med. Facultät der Director der therapeutischen Facultätsklinik Prof. Dr. Obolenski betraut worden.

— Der Privatdocent und ausseretatmässige Assistent der Moskauer Universität Dr. Lindemann ist zum ausserordentlichen Professor der allgemeinen Pathologie an der Kiewer Universität ernannt worden.

— Zum ausserordentlichen Professor der theoretischen Chirurgie an der Tomsker Universität ist der jüngere Arzt des Kalugaschen Militärlazareths, Collegienassessor Dr. A. Mysch ernannt,

— Als stellvertretender Bibliothekar der militärmedicinischen Academie ist der bisherige langjährige Bibliothekarsgehilfe Collegienrath W. Brasch bestätigt worden.

— In der Jahresversammlung der St. Petersburger ophthalmologischen Gesellschaft, welche am 27. September unter dem Vorsitz Prof. Belljarminow's stattfand, wurden zu Gliedern der Verwaltung gewählt: Zum Präsidenten Prof. Belljarminow, zum Vicepräsidenten der Leiboculist Dr. Tichomirow, zu Secretären Prof. Andogski und Dr. Gagarin, zum Cassirer Dr. Blessig, zum Bibliothekar Dr. Selenski und zu Gliedern der Revisionscommission die Doctoren M. Reich, Th. v. Schröder und Felser. Nach dem in dieser Sitzung vom Secretär verlesenen Jahresbericht zählt die Gesellschaft gegenwärtig (zu Beginn des 5. Jahres ihres Bestehens) 3 Ehrenmitglieder, 53 wirkliche Mitglieder und 6 correspondirende Mitglieder, in Summa 62 Mitglieder.

Verstorben: 1) Am 29. September in Riga der Präses der städtischen Sanitätscommission Dr. Eugen v. Bochman nach langem und schwerem Leiden im 65. Lebensjahre. In dem Hingeschiedenen verlieren die Rigaschen Aerzte einen liebenswürdigen und treuen Collegen und die Stadt Riga einen Mann, der seine reichen Kenntnisse und seine rastlose Arbeit Jahrzehnte hindurch in den Dienst ihres Gemeinwesens gestellt hat.

Als Sohn eines Generals zu Libau geboren, widmete er sich von 1854—59 dem Studium der Medicin in Dorpat, wo er der Fraternitas academica Dorpatensis angehörte. Nach Erlangung der Doctorwürde war er anfangs Assistent der Dorpater therapeutischen Klinik, sodann einige Zeit im Gouv. Kostroma und Bolderaa, um sich dann 1865 bleibend in Riga niederzulassen, wo er mehrere Jahre als Eisenbahnarzt und von 1874 bis 1889 als Director des Stadtkrankenhauses wirkte, bis ihn zunehmende Kränklichkeit zwang dieses Amt niederzulegen. Er widmete aber auch weiterhin bis zu seinem Lebensende seine Dienste der Stadt Riga als Präses der Sanitätscommission, in welcher Eigenschaft er sich grosse Verdienste um die Verbesserung der Sanitätsverhältnisse der Stadt erworben hat. Seine zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten beziehen sich vorzugsweise auf das Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege. Der Hingeschiedene war als Mensch wie als Arzt eine ideale Persönlichkeit und wird daher bei Allen, die Gelegenheit gehabt haben, ihm im Leben näher zu treten, stets in liebevollem Andenken bleiben. 2) Am 1. October in St. Petersburg das Mitglied des Instituts für Experimental-Medicin Prof. Dr. Marcell Nencki im Alter von 54 Jahren. Der Verstorbene stammte aus dem Gouv. Kalisch, hatte aber seine med. Ausbildung im Auslande (Krakau, Jena und Berlin) erhalten. Nachdem er 1870 von der Berliner Universität zum Doctor med. promovirt worden war, fungirte er an der Universität Bern anfangs als Assistent des pathologischen Instituts und von 1877 an als Professor der physiologischen Chemie, bis er 1890 an das eben eröffnete hiesige Institut für experimentelle Medicin berufen wurde, von welchem er die Leitung der Abtheilung für biologische Chemie übernahm. Seine überaus zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten hat er in ausländischen und inländischen Zeitschriften und im Archiv für biologische Wissenschaften welches vom obengenannten Institut herausgegeben wird veröffentlicht. In seinem Laboratorium arbeiteten beständig eine grosse Zahl von Aerzten, denen er stets ein erfahrener und zuvorkommender Leiter war. 3) In Schanghai am 14. September der Oberarzt des III. fliegenden Militärlazareths Dr. A. S. Kasatschkin im 36. Lebensjahre an Dysenterie. Der Verstorbene, welcher seit 1890 die Praxis ausgeübt hat, war einige Zeit städtischer Sanitätsarzt in Moskau.

— Wie wir den Tagesblättern entnehmen, hat der Curator hiesigen städtischen Marien-Magdalenen-Hospitals Herr Olsen sich bereit erklärt die elektrische Beleuchtung auf seine Kosten in dem genannten Hospital einzuführen, nachdem das Stadtamt sein Gesuch um Beschaffung der elektrischen Beleuchtung fürs Hospital abgelehnt hat

— Behufs Bekämpfung der Lepra im Gouvernement Estland ist, wie aus einem Circular des estländischen Gouvernements hervorgeht, der Arzt Kupffer unabhängig von der ihm übertragenen Verwaltung des Kudaschen Leprosoriums, mit der eingehenden Erforschung aller Fälle von Erkrankungen an der Lepra im Gouv. Estland betraut worden, zugleich aber auch mit der Ergreifung entsprechender Massregeln zur Absonderung der Leprösen und mit der ärztlichen Aufsicht über dieselben. Ueber jeden der Polizei oder den Gemeindebeamten zur Kenntniss gelangenden Leprafall ist der Medicinalabtheilung und vorzüglich auch dem Arzt des Kudaschen Leprosoriums Meldung zu machen. Jeder Leprakranke ist zum freiwilligen Eintritt in das Leprosorium zu Kuda (bei kostenlosem Unterhalt) zu überreden, im Falle der Unmöglichkeit aber, den Kranken im Leprosorium unterzubringen zu Hause von den Gesunden zu isoliren, und zwar arme Kranke auf Kosten der Gemeinde. Es sind die Kreis- und Stadtärzte verpflichtet periodische Besichtigungen der zu Hause isolirten Leprakranken vorzunehmen, wobei auch die anderen in demselben Hause wohnenden Personen der ärztlichen Besichtigung zu unterziehen sind.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 15. Sept. d. J. 8589 (20 mehr als in d. Vorw.), darunter 1001 Typhus — (6 mehr), 907 Syphilis — (31 mehr), 425 Scharlach — (16 mehr), 147 Diphtherie — (5 wen.), 46 Masern — (17 wen.) und 4 Pockenkranke — (1 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 16. bis zum 22. September 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
324	272	526	123	52	112	23	12	21	58	44	47	39	34	23	5	3

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 37, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 1, Pocken 0, Masern 23, Scharlach 19, Diphtherie 27, Croup 2, Keuchhusten 11, Croupöse Lungenentzündung 15, Erysipelas 4, Grippe 2, Cholera asiatica 0, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 73, Tuberculose anderer Organe 13, Alkoholismus und Delirium tremens 1, Lebensschwäche und Atrophia infantum 42, Marasmus senilis 19, Krankheiten der Verdauungsorgane 74, Todtgeborene 32.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 16. Oct. 1901.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 22. October 1901.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger und Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Ольга Свѣтлова, Сергiевск. д. 17, кв. 19.

Дозв. ценз. Спб., 6 Октября 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St.Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St.Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 41 St Petersburg, 13. (26.) October 1901

Ueber die Bedeutung der Lymphdrüsen in der Umgebung des Ohres.

Von

Dr. Erwin Jürgens.
Warschau.

Wenn ich es unternehme, zu dieser Frage einen Beitrag zu liefern, so geschieht das, weil noch in jüngster Zeit Arbeiten erscheinen, welche die, die Erkrankung des Warzenfortsatzes und ihre Diagnose complicirende Affection der Drüsen streifen, so dass z. B. die Trepanation gemacht werden könnte, ohne dass eine Erkrankung des Warzenfortsatzes bestand und nur die Drüsen auf ihm und in seiner Umgebung Fieber und Druckschmerz bewirkten.

Ich selbst habe eine ganze Reihe solcher Fälle beobachten können, Erwachsene, meist Soldaten, und Kinder aus meiner Privatpraxis, und muss gestehen, dass einzelne dieser Fälle täuschend eine Warzenfortsatzaufmeisselung herausfordern konnten.

Es fragt sich nun, welches die Ursachen einer solchen Erkrankung der Lymphdrüsen in der Umgebung des Ohres, speciell des Warzenfortsatzes sind; und lässt sich dazu sagen, dass erstens infectiöse Processe aus allen Gebieten des Körpers natürlich auch nach dem Lymphgefässsysteme des Warzenfortsatzes hinübergeleitet werden können; zweitens locale, etwa traumatische Schädigungen nicht auszuschliessen sind; drittens aber das Mittelohr selbst eine wichtige Rolle beim Entstehen dieser Drüsenaffectionen spielt und sie in einem grossen Theile der Fälle hervorruft. Ueber letzteren Zusammenhang zwischen Ohrenübel und Drüsenaffection, namentlich in der Umgebung des Warzenfortsatzes, sei mir gestattet, an dieser Stelle zu schreiben.

Schon Gruber[1]) und Kessel[2]) machten interessante Untersuchungen über das Lymphgefässsystem des Mittelohres und Trommelfelles und wiesen dabei nach, dass die Gefässe der Schleimhautschicht des Trommelfelles die Membr. propria durchbohren um sich in der Cutisschicht mit den Gefässen dieser zu verbinden; diese Gefässe aber gehen, nach der Peripherie des Trommelfelles sich erweiternd, als grössere Stämmchen in den äusseren Gehörgang über. Weiter gehn die Lymphbahnen mit dem Perioste des Gehörganges nach dem Warzenfortsatze, dessen Periostalbekleidung nur eine Fortsetzung des Periostes vom äusseren Gehörgange bildet, und setzen sich weiter auch nach der Tiefe hin fort. Nach Merkel[3]) und Rauber[4]) gehn die Lymphbahnen des Gehörorganes und der Ohrmuschel in die auf der Parotis gelegenen Drüsen, in die Glandulae subauriculares, die tieferen in die Glandulae cervicales superficiales am vorderen Rande des Sternocleido-Mastoideus; letztere Drüsen liegen zum Theil häufig auch auf dem Processus mastoideus. Auch die am hinteren Rande des Sternocleido-Mastoideus gelegenen Drüsen communiciren mit den genannten Lymphdrüsen und -Bahnen vielfach. Somit wäre die ununterbrochene Verbindung von Mittelohr und Mastoideusgegend ersichtlich. Nehmen wir nun die Erkrankungen des Mittelohres, so liegt es auf der Hand, dass jeder infectiöse Process, der sich in der Tiefe desselben abspielt, eine Reaction in den genannten Lymphdrüsen hervorrufen kann, und dieses geschieht in der That bei einer grossen Zahl von Otitiden. Haben wir es nun mit einer Otitis media purulenta zu thun, schwellen dabei die beschriebenen Drüsenpackete, stellt sich Fieber und Schmerzhaftigkeit der Drüsen ein, so ist das Krankheitsbild ein ziemlich klares, und es könnte sich nur darum handeln, ob das Mittelohr, oder die entzündeten schmerzhaften Drüsen, den Ausgangspunkt für das Fieber geben, oder beide. Diese Frage zu entscheiden ist natürlich durchaus wichtig; denn eine kleine schmerzhafte Drüse auf dem Warzen-

[1]) Gruber. Anatom.-physiol. Studien über die Gehörknöchel. – Wien 1897.
[2]) Kessel. Strickers Handbuch. — Leipzig 1872. S. 851.
[3]) Merkel. Topograph. Anatomie.—Braunschweig, 1885—90.
[4]) Rauber: Lehrbuch der Anatomie des Menschen, 4. Auflage. 2 Band.

fortsatze — und letzterer täuscht Druckempfindlichkeit vor; dabei Fieber und Ohreiterung — und eine irrthümliche Eröffnung des Warzenfortsatzes, um die vermeintliche Affection desselben operativ zu beseitigen, ist zum Mindesten verständlich. In solchen Fällen scheint mir eine genaue Untersuchung etwaiger andrer Drüsenpackete in der Umgebung des Warzenfortsatzes unbedingt erforderlich, da man im Falle stärkerer Schwellung und Schmerzhaftigkeit der letzteren daran erinnert wird, sich beobachtend zu verhalten.

Nun aber können noch andere Fälle eintreten. Wie bekannt, kann eine Otit. med. acut. purul. auch verlaufen, ohne dass der Patient hervorragend belästigt wird, oder es zu einer Perforation des Trommelfelles kommt, welch letzteres bei der Otit. med. acut. ja Regel ist; dann kann sich nach einiger Zeit eine Entzündung der Drüsen bilden, und wir können dazu verleitet werden, diese Drüsenaffection für ein gesondertes Uebel zu erklären. Tritt dann noch eine Exacerbation des Mittelohrübels ein, so kann der Gedanke nahe liegen, dass letztere eine Secundärinfection, im Gefolge der Drüsenaffection sei, während sie doch die primäre ist. Nun ist uns aber auch weiterhin bekannt, (vide unter anderem Leutert [6]), dass Bacterien die Mittelohrräume passiren können, ohne dort eine Erkrankung hervorzurufen; sie wandern weiter und werden erst in den tieferliegenden angrenzenden Theilen, etwa im Warzenfortsatze, virulent, und es entsteht eine scheinbar primäre Mastoiditis purulenta. Ebenso ist ein Einwandern der Bacterien mit dem Lymphstrome aus dem Mittelohre nach den Drüsen möglich, und wir bekommen dann scheinbar primäre Drüsenentzündungen mit Schwellung, Schmerzhaftigkeit und heftigem Fieber mit häufig abendlichen beträchtlichen Steigerungen, die bei Kindern Bedenken erregend werden können. (Ich habe bei Kindern in solchen Fällen Temperaturen von 40,5 abends nicht selten gefunden). Der Ausgang ist Abscessbildung der Drüsen, doch habe ich bei geeigneter Therapie meist ein Zurückgehen der Entzündungserscheinungen, selbst nach mehrfachen Exacerbationen, ohne chirurgischen Eingriff erzielen können. Die Temperaturen blieben im Stadium der Drüsenentzündung entweder gleich hoch mit geringen Remissionen, oder aber, und zwar häufiger, sanken morgens bis fast auf die Norm, um abends beträchtlich anzusteigen; es entwickelt sich dann mehr oder weniger das Bild der Septicopyohaemie.

Mit Abschwellen der Drüsen sinkt, wenn keine anderweitigen, das Fieber unterhaltende Complicationen da sind, die Temperatur jedes Mal auf die Norm, und etwaige Verhärtungen in der Umgebung des Entzündungsherdes lassen sich durch zertheilende Mittel vertreiben. (Ich lasse am liebsten Ugt. Kali jodati, bei Kindern mit Axungia zu gleichen Theilen — der zarten Haut wegen, in die kranken Bezirke einmassiren). Tödtlichen Ausgang des Krankheitsprocesses, wenn die Drüsen ohne weitere Complicationen vom Ohre aus erkrankten, habe ich nicht gesehen und halte daher diese beschriebene Art von Complication der Otitis für eine verhältnissmässig gutartige. —

Um die Resultate meiner Besprechung zu resumiren: Ich meine I. von einer selbstständigen primären Krankheitsform der Drüsen in der Umgebung des Ohres, nach meinen Beobachtungen, absehen zu dürfen, da die besprochenen Complicationen durch das Mittelohr eine gar zu leichte Erklärung für alle scheinbar selbstständigen Drüsenaffectionen in seiner Umgebung finden, selbst wenn eine Otit. med. purul. erst nach der Drüsenentzündung auftritt. (Hier nicht eingeschlossen sind die Fälle von Drüsenschwellung, die eine nachweisbare Ursache, wie sie unter Punkt 1. und 2. geschildert sind, haben). —

II. Will auch ich speciell auf die leichte Möglichkeit einer Erschwerung der Diagnose der Mastoiditis durch entzündete kleine Drüsen, die sich auf dem Warzenfortsatze oder an seiner Spitze befinden, an dieser Stelle aufmerksam machen, da dieselben zwei wichtige Symptome der Mastoiditis vortäuschen können, nämlich Fieber und Druckempfindlichkeit des Warzenfortsatzes. —

[6]) Leutert. Bacteriol.-klinische Studien über Complicationen acuter und chronischer Mittelohreiterungen. Arch. für Ohrenheilkunde, Bd. 46. Heft 4. und Bd. 47. Heft 1.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

J. Henle's Grundriss der Anatomie des Menschen neu bearbeitet von Dr. Fr. Merkel (Vierte Auflage. Braunschweig. 1901. Vieweg).

Der Henle'sche Grundriss zerfällt bekanntlich in 2 Bände, von denen der eine den Text und der zweite den Atlas enthält. Es wäre überflüssig die mannigfachen Vorzüge des Werkes einzeln hervorzuheben, es genüge auf die Klarheit und Knappheit der textlichen Schilderung und die Anschaulichkeit der Abbildungen hinzuweisen. Durchweg hat die neue anatomische Nomenclatur Anwendung gefunden; dieser für den älteren Arzt dadurch entstandenen Schwierigkeit ist durch ein ausführliches Verzeichnis der Synonyma abgeholfen worden. Der Wunsch der Verlagsbuchhandlung «das Buch immer besser und brauchbarer zu gestalten», darf als völlig erfüllt bezeichnet werden.

Voss.

Wirthschaftliche Zeitfragen auf dem Gebiete der Irrenfürsorge von M. Fischer. (München. 1901. Seitz und Schaur).

Der Verf. spricht den durchaus berechtigten und dringend zu berücksichtigenden Wunsch aus, dass in Zukunft, von Staats- oder Gesellschafts wegen die Fürsorge für Geisteskranke während ihrer Krankheit und nach ihrer Heilung, in gleicher Weise aber auch für deren Familien zu übernehmen sei. Nicht allein das Schwinden abergläubischer Vorurtheile den Geisteskranken gegenüber, sondern auch die Wahrung dieser Unglücklichen vor materiellen Verlusten, ist den kommenden Jahrzehnten vorbehalten. Hand in Hand mit der letzteren Frage geht die Ausnutzung und Entlohnung der Arbeitskräfte des oft nur psychisch nicht aber physisch invaliden Kranken. Ob nun grade der greifbar erzielte Gewinn von der eigenen Arbeit dem Geisteskranken auch psychisch nützen könnte, wie der Verf. anzunehmen geneigt ist, möchte Ref. bezweifeln, die unrichtige Interpretation ist doch eben characteristisch für die nach der einen oder anderen Richtung hin geschwächte Urtheilskraft, so würde der Melancholische den Lohn als dennoch unzureichend zur Erhaltung der Seinigen auffassen und der Querulant oder Paranoische in dem zu geringen Entgelt einen neuen Grund zu Klagen und Insinuationen finden. Im Uebrigen ist die Schrift lesenswerth und ein Betreten der gewiesenen Pfade wäre sehr zu wünschen.

Voss.

W. Seiffer: Spinales Sensibilitätsschema zur Segmentdiagnose der Rückenmarkskrankheiten etc. (Berlin. 1901. A. Hirschwald).

Enthält sehr brauchbare Schemata zu dem genannten Zweck. Muss in Anbetracht der Wichtigkeit, die die Segmentdiagnose nicht nur für den Neurologen sondern auch für den Chirurgen erlangt hat, als sehr empfehlenswerth zum Gebrauch in Klinik und Krankenhaus bezeichnet werden.

Voss.

Д-ръ Ф. Гребнеръ. Замѣтки о механотерапіи. Одесса. 1901.

Unter Mechanotherapie versteht der Autor nur die Behandlung vermittelst methodischer Bewegungen an mechanischen Apparaten, die eine genaue Dosierung des Widerstandes und der Kraft bei genauer Characterisierung der Bewegung ermöglichen. — Dementsprechend behandelt er in seiner Schrift die Systeme von Dr. Thilo, Krukenberg und Herz nebst den Apparaten von Ling und Zander in eingehender und durch Abbildungen veranschaulichter Weise. Wir können die Schilderung den Mechanotherapeuten als Rathgeber und Wegweiser empfehlen.

Voss.

Mittheilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 7. Februar 1901.

1. Im Anschluss an die Verlesung des Protokolls der Sitzung vom 20. December 1900 bemerkt Dr. Hampeln Folgendes:

Einige Tage nach der Sitzung vom 20. December sei ihm eine Arbeit Nissen's in der «Zeitschrift für klin. Med.» zu Gesicht gekommen, die ihn in der Ansicht bestärke, dass im Falle Dr. Tantzscher's die Lageveränderung des Herzens angeboren oder in frühester Jugend erworben sei.

Berücksichtige man die grosse Menge der Phthisiker einerseits und die Seltenheit der Rechtslagerung des Herzens andererseits (Redner selbst erinnere sich nur eines einzigen Falles von vollständiger Rechtslagerung des Herzens), so müsse man die Abhängigkeit der letzteren von der Lungentuberculose in Zweifel ziehen und werde zu der Annahme gedrängt, dass es sich vielleicht in jedem solchen Fall um eine angeborene oder in frühester Kindheit erworbene Erscheinung handle: um angeborenes Fehlen oder um Missbildungen der rechten Lunge u. s. w.

Gegen einen Zusammenhang mit Lungenschrumpfungen spreche auch der Umstand, dass die Zeichen eines rétrécissement, welche nothwendig eintreten müssen, sobald beim Erwachsenen sich Schrumpfungsprocesse innerhalb des Thorax etabliren, bei der Rechtslagerung des Herzens gewöhnlich fehlen, was, wie es scheine, auch für Dr. Tantzscher's Fall zutreffe.

Dr. Deubner: Unter der grossen Menge von Phthisikern, welche er im Stadtkrankenhause zu sehen Gelegenheit habe, seien auch ihm höchst selten Fälle von Rechtslagerung des Herzens zu Gesicht gekommen; zweier solcher Fälle erinnere er sich genauer; in dem einen Fall fand sich bei der Section starke Schrumpfung der rechten Lunge, Verziehung des Herzens und der grossen Gefässe; es bestand Thoraxdifformität; im zweiten Fall, welcher nicht zur Section kam, fand sich links vollständig normaler Lungenschall, rechts Symptome der Infiltration. Ictus zwischen r. Mamillar- und Parasternallinie; keine auffallende Thoraxdifformität.

2. Dr. Gerhard Kieseritzky demonstrirt ein 8 Tage altes Kind mit Sklerödem aus der geburtshilflichen Abtheilung des Rigaschen Stadtkrankenhauses.

Einleitend berührt Vortragender den Unterschied zwischen Sklerema adiposum, welches eine Folgeerscheinung schwerer consumirender Erkrankungen sei (Darmkatarrh, Pneumonie, Tuberculose) und dem hier vorliegenden Sklerödema, als einer idiopathischen Krankheit.

Die Geburt des demonstrirten Kindes sei durch enges Becken der Mutter erschwert gewesen, auf dem linken Scheitelbein habe es eine Druckmarke gezeigt; das Anfangsgewicht und das Allgemeinbefinden in den ersten Tagen sei normal gewesen, Temperatur charakteristischer Weise 35,5 im Rectum. Am dritten Tage wurde eine Verhärtung und erschwerte Faltenbildung der Hautdecken bemerkt, hauptsächlich an den Waden, der hinteren Fläche der Oberschenkel und den Nates, weniger auf dem Rücken und den Schultern. Im weiteren Verlauf wurden die Veränderungen auch auf dem Rücken deutlicher und gleichzeitig stellte sich eine Nekrose an der linken Ferse ein. Das Kind zeigte in den ersten Tagen den normalen Gewichtsverlust, dann, nachdem die Zunahme schon begonnen, abermals eine geringe Abnahme, die sich auf eine Dyspepsie zurückführen liess, nach Beseitigung der letzteren wieder Zunahme. Die Veränderungen der Haut auf die Dyspepsie zu beziehen, sei nicht angängig, weil das Sklerödem vor der Dyspepsie auftrat.

Das Kind wurde in den Wärmkasten gelegt, seitdem hält sich die Körpertemperatur auf normaler Höhe. Klinisch sei es nicht immer möglich, die verschiedenen Skleremformen von einander zu unterscheiden; nur ganz im Allgemeinen könne man sagen, dass beim Sklerema adiposum die Verhärtung viel höhere Grade erreiche, so dass man die Haut in toto wie ein Brett hin und her schieben könne.

Bei Einschnitten in die Haut trete beim Sklerödem eine seröse Flüssigkeit aus, welche bisweilen leicht gerinne, beim Sklerema adiposum dagegen trete Fettgewebe hervor ohne einen Tropfen Flüssigkeit. Doch gebe es Combinationen der letzteren Erkrankung mit Hydrops, bei welchen man dann wohl auch Flüssigkeit erhalte.

3. Dr. Schabert demonstrirt ein Lipom des Herzbeutels, welches einen zufälligen Nebenbefund bei einer Section bildete. Die Dimensionen sind 14—9 und 2 Cm.; es liegt dem l. Ventrikel auf und geht aus dem Theil hervor, wo das fibröse Blatt des Pericard's sich auf die grossen Gefässe umschlägt.

4. Dr. v. Sengbusch demonstrirt eine Anzahl von ihm hergestellter Röntgenbilder.

Dr. Deubner bemerkt in Bezug auf den Fall, wo bei der Section sich 2 Aneurysmen fanden, welche sich bei dem Röntgenverfahren nicht gesondert wahrnehmen liessen, dass bei der ersten Durchleuchtung im Krankenhause sich in der That eine leichte Einschnürung zwischen den beiden Aneurysmen fand.

Dr. Berkholz: In der Sitzung vom 5. April 1900 habe er einen Patienten vorgestellt, bei welchem auf Grund eines bei der Röntgendurchleuchtung wahrnehmbaren, der Aorta aufsitzenden pulsirenden Tumors die Diagnose auf Aortenaneurysma gestellt wurde; im weiteren Verlauf entstanden beim Redner indess Zweifel an der Richtigkeit dieser Diagnose und Dr. Hampeln, der die Liebenswürdigkeit gehabt hätte, den Pat. zu untersuchen, hätte sich für einen Mediastinaltumor ausgesprochen. Bei einer jetzt abermals vorgenommenen Röntgendurchleuchtung fand sich dann auch das ganze Mediastinum angefüllt mit einer für Röntgenstrahlen undurchgängigen Masse; leider sei es nicht möglich gewesen, dies Bild auf der photographischen Platte zu fixiren, da Pat. hierzu zu schwach gewesen wäre. Es sei Redner nicht möglich gewesen, Pat. weiter zu beobachten, da er Riga verlassen habe, man könne aber auch jetzt schon mit Sicherheit sagen, dass es sich um ein Aortenaneurysma bei ihm nicht gehandelt habe; die vor einem Jahr wahrgenommene Pulsation müsse somit durch einen der Aorta aufsitzenden Tumor herbeigeführt worden sein. Ein ganz analoger Fall sei, wo auf Dr. Hampeln Redner aufmerksam gemacht habe, auch aus Bonn, aus der Schultze'schen Klinik publicirt worden, das mitgetheilte Röntgenbild gleiche vollkommen dem am 5. April vom Redner hier demonstrirten.

Dr. v. Sengbusch erwähnt noch einen ähnlichen Fall, in welchem das Röntgenverfahren eine Fehldiagnose veranlasst habe; bei der Durchleuchtung habe man am Arcus aortae eine Erweiterung wahrgenommen, freilich ohne Pulsation, nachher sei Pat. im Krankenhaus unter den Erscheinungen eines Oesophaguscarcinoms gestorben.

Dr. Hampeln: Im Falle Dr. Berkholz' müsse er nach seiner Untersuchung ein Bronchialcarcinom mit Uebergang auf das Mediastinum annehmen. Dass die Pulsation nicht für die Diagnose Aneurysma unbedingt beweisend sei, sei schon von früher her, wo man auf die Palpation angewiesen war, bekannt; ebenso sei es bekannt, dass ein Aneurysma nicht immer zu pulsiren brauche. Ausser dem von Dr. Berkholz erwähnten Fall aus der Bonner Klinik sei auch aus München ein ähnlicher Fall publicirt worden, in welchem das Röntgenverfahren eine falsche Diagnose verschuldet hatte.

5. Dr. Schabert hält seinen angekündigten Vortrag über: Azoo- und Oligozoospermie.

Bei der Untersuchung von 44 Männern mit pathologischem Sperma, denen die Sterilität der Ehe zur Last gelegt wurde, kam Vortragender zu Resultaten, die in einigen Punkten Abweichungen von den bisher vertretenen Lehrmeinungen enthalten. Soweit es sich um solche Abweichungen handelt, möchte derselbe als Grund die Eigenartigkeit des Materials in Anspruch nehmen, indem es sich in den meisten Fällen (37) um russische Juden der niedrigen Gesellschaftsclasse handelte, welche sich nach übereinstimmender Erfahrung nur selten mit venerischen Krankheiten inficiren, dafür aber schon im frühen Alter und excessivem Masse der Masturbation verfallen und entschieden weit häufiger als andere Gruppen der Bevölkerung pathologische Zustände der sexuellen Sphäre aufweisen.

Den Begriff der Oligozoospermie an die Anwesenheit auch nur eines Spermatozoons im Gesichtsfelde bei der mikroskopischen Untersuchung gegen die Azoospermie abgrenzend — was nicht von allen Autoren, z. B. Casper, stricte eingehalten wird — fand Vortragender unter den 44 Patienten 22 Azoo und 22 Oligozoospermisten.

Unter den ersteren liess sich in 80% der Fälle ein pathologisches Substrat an den Keimdrüsen nachweisen, das als zureichender Grund der Azoospermie gelten konnte (6 mal gonorrh. Epididymitis, 5 mal Aplasie, je einmal Periorchitis, Kryptorchismus duplex, Tuberculose des Hodens und Spermacystitis). Unter den 22 Oligozoospermisten hatten nur 4 Gonorrhoe gehabt, davon hatten 2 Nebenhodenentzündungen gehabt; bei 11 bestand ein vollständig negativer Befund an Hoden und Nebenhoden, 7 mal fand sich eine meist beiderseitige und meist leichte Varicocele und 3 mal eine leichte Prostatis chron. — Nach Abzug der nur eine symptomatische Bedeutung beanspruchenden Nebenbefunde, ergiebt sich, dass bei 22 Oligozoospermisten nur 2 an Veränderungen der Keimdrüsen gelitten hatten (=90% negative Befunde). Da an der Zuverlässigkeit der anamnestischen Angaben bei der allseitig anerkannten Offenheit dieser Bevölkerungsgruppe in sexuellen Dingen nicht gezweifelt werden kann, so sieht der Vortragende sich veranlasst für einen Theil der Fälle

von Oligozoospermie eine idiopathische Pathogenese zuzulassen und sie als endliches Resultat einer masturbatorischen Erschöpfung des Keimbodens bei prädisponirten Individuen aufzufassen, während die meisten, wenn nicht alle Fälle von Azoospermie einem pathologisch-anatomischen Zustande der Keimorgane resp. des Ductus spermaticus (Simonds) ihre Entstehung zuzuschreiben haben. In den Fällen, wo eine mehrmalige Untersuchung der Oligoosperma's stattfand, erhielt Vortragender einen stets gleichen Befund. Zwei mal konnte der Uebergang von Oligo in Azoosperma beobachtet werden; prognostisch möchte er in Bezug auf Sterilität der Ehe die Oligozoospermie hohen Grades — und nur von solcher sei die Rede — in praxi nicht günstiger beurtheilt wissen, als die Azoospermie. — (Autoreferat).

Dr. H. Berg richtet an Vortragenden die Frage, wie oft er jeden einzelnen Fall untersucht habe, um sich zur Diagnose «Azoospermie» resp. «Oligozoospermie» berechtigt zu fühlen. Von Casper sei nämlich darauf hingewiesen worden, dass die Spermatozoen zeitweilig im Sperma fehlen können, ohne dass dauernde Azoospermie vorliege; dies sei besonders dann der Fall, wenn der Coitus vorher sehr häufig ausgeübt worden sei; wolle man also das Resultat einer einmaligen Untersuchung möglichst beweiskräftig gestalten, so müsse man mindestens längere Abstinenz vorausgehen lassen.

Dr. Schabert: Eine mehrmalige Untersuchung sei ihm meist nicht möglich gewesen, da die meisten der von ihm untersuchten Patienten nur zur Consultation nach Riga gekommen seien und sich hier nicht lange aufhalten konnten; habe er aber Gelegenheit gehabt denselben Patienten mehrmals zu untersuchen, so seien die Resultate immer unter einander übereinstimmende gewesen. Auch sei es sicher, dass in den meisten seiner Fälle kein Abusus stattgefunden habe. Uebrigens stehe es fest, dass der Abusus nicht immer eine zeitweilige Azoospermie nach sich ziehe.

Dr. Th. Schwartz: Der Befund von Oligozoospermie scheine ihm von keiner wesentlichen Bedeutung für die Erklärung der Sterilität, da eine Befruchtung auch beim Vorhandensein von nur wenigen Spermatozoen zu Stande kommen könne, falls dieselben nur lebenskräftig seien; hierauf, auf die Lebensfähigkeit, sei nach Redners Ansicht das Hauptgewicht zu legen, da es ja bekanntermassen vorkomme, dass das Sperma vollkommen leblose Spermatozoen enthalte, ein Zustand, den man als Nekrospermie bezeichnet habe.

Der Oligozoospermie könnte nur dann Bedeutung beigemessen werden, wenn ein Uebergang zur Azoospermie bei derselben die Regel bilden würde. Das sei nun keineswegs der Fall; die Oligozoospermie könne als solche längere Zeit unverändert fortbestehen.

Dr. Schönfeldt hält die Vermuthung Dr. Schabert's, dass bei seinen Kranken die Masturbation eine wesentliche Rolle in der Aetiologie der Azoospermie spiele, für sehr wahrscheinlich; ein grosser Theil von Dr. Schabert's Patienten seien Juden, der grösste Theil der nach Riga zur Consultation kommenden Juden stamme aber aus den kleinen litthauischen Städten; bei diesen sei mehr oder minder schwere neuro- und psychopathische Belastung sehr verbreitet und die sexuelle Erregbarkeit daher, namentlich bei der den Orientalen eigenen Frühreife stark gesteigert; andererseits ein geschlechtlicher Verkehr vor der Ehe von der öffentlichen Meinung streng verpönt, fast unmöglich, daher die Masturbation sehr verbreitet, venerische Krankheiten dagegen sehr selten.

Dr. H. Berg betont mit Dr. Th. Schwartz die Nothwendigkeit der Frage der Nekrospermie bei Oligozoospermie. Unter normalen Bedingungen könne man z. B. eine scheinbare Nekrospermie bei vollkommener Lebensfähigkeit der Spermatozoen beobachten, wie Finger und Fürbringer dies betonen; Redner erwähnt einen Fall, wo ein Mann an Spermatorrhoe leidet, im spermatorrhoischen Secret stets nur Nekrospermen hatte, während im normalen Ejaculat stets lebende Spermatozoen enthalten waren.

Dr. Schabert: Bei Spermatorrhöe würde bekanntlich nur der Inhalt der Samenblasen entleert und da nach Fürbringer's Untersuchungen erst durch das Hinzutreten des Prostatasaftes die Spermatozoen beweglich würden, sei es verständlich, dass bei Spermatorrhöe stets unbewegliche Spermatozoen entleert würden.

Dr. H. Berg: Ich möchte von Dr. Schabert nicht missverstanden werden, der Einfluss der physiologischen Secrete (Prostata- und Samenblasensecret) auf die Belebung der Spermatozoen ist mir natürlich bekannt, das ist es ja aber gerade, was unter bestimmten pathologischen Zuständen die Nekrospermie bedingt, indem sich die chemische Reaction dieser Secrete ändert und aus diesem Grunde wird z. B. von Finger in seinem Werk über «männliche Sterilität» die chronische Prostatitis häufig für die Nekrospermie verantwortlich gemacht, das sind aber Zustände, die unter Umständen der Therapie zugänglich sind, was bei der Prognose zu berücksichtigen ist.

Gegenüber Dr. Schönfeldt's Ausführungen bemerkt Redner, dass die Sterilität ja nicht nur bei Juden vorkomme, dass also für die Entstehung derselben auch noch andere Dinge in Frage kämen, als die von Dr. Schönfeldt herangezogenen, das seien aber Epididymitis, Prostatitis und Spermatocystitis.

Was die Oligozoospermie betreffe, so habe dieselbe nach Redners Meinung nur dann klinische Bedeutung, falls sie mit Nekrospermie einhergehe.

Dr. Hach erkundigt sich bei Dr. Schabert, ob vielleicht bei Oligozoospermie gleichzeitig auch die Quantität des Ejaculats verringert sei.

Dr. Schabert: hier seien keine constanten Beziehungen vorhanden; seit Jahren beobachte Redner einen Herrn der immer nur circa 2 Spermatozoen im Gesichtsfelde habe bei jedes Mal sehr reichlichem Ejaculat.

Dr. Hach: Unter 125 Fällen steriler Ehen habe er 70—80, bei denen die Schuld auf Seiten der Männer zu suchen war, darunter 10 mit Oligozoospermie; das waren meist Männer aus Litthauen, bei welchen Masturbation vorgekommen war. Aus seinen Zahlen gehe hervor, wie falsch es sei, die Ursache der Sterilität in erster Linie bei den Frauen zu suchen und dieselben, ohne stricte Indication, wie das leider häufig geschehe mit Discisionen und Abrasionen zu behandeln.

Dr. Rulle hat ziemlich viel Sterilität zu behandeln gehabt, seiner Ansicht nach seien meist die Frauen der schuldige Theil; Redner ist Anhänger der Kristeller'schen Conceptionstheorie, wonach bei Frauen zur Conception auch eine Art Ejaculation nöthig sei. Redner hat oft Oligozoospermie bei kinderreichen Ehen beobachtet.

Dr. Hach wirft die Frage auf, ob denn die Nekrospermie ein scharf definirbarer Begriff sei, da die Lebensäusserungen der Spermatozoen in so hohem Grade von äusseren Bedingungen namentlich der Wärmezufuhr abhingen.

Dr. H. Berg: Zur Feststellung der Nekrospermie sei es nöthig, ganz bestimmte Bedingungen einzuhalten: die Untersuchung dürfe nicht später als eine Stunde nach der Ejaculation stattfinden, das Sperma müsse unter bestimmten Cautelen aufgefangen, warm verwahrt und eventuell auf dem heizbaren Objecttisch untersucht werden.

Dr. Schabert: In Bezug auf die Frage der Nekrospermie habe er sich Fürbringer angeschlossen, welcher, wegen der grossen Schwierigkeiten, die sich der Diagnosenstellung bieten, die Nekrospermie in praxi vernachlässige. Dieses könne man um so eher, als die Oligozoospermie meist mit Asthenozoospermie vergesellschaftet sei.

Dr. H. Berg: Fürbringer habe kürzlich bei einer Discussion (cf. «Deutsche Medicinische Wochenschrift») erklärt, dass er nicht mehr einen rechten Anspruch darauf erheben könne, als eigentlicher Urogenitalspecialist zu gelten.

Dr. Schabert weist demgegenüber auf die Monographie Fürbringer's im Nothnagel'schen Handbuch hin.

Dr. H. Berg: Die Erklärung Fürbringer's sei jüngeren Datums als seine Monographie.

D. Z. Secretär: Dr. Bertels.

Vermischtes.

— Dem Ober-Militär-Medicinalinspector, Ehrenleibmedicus wirkl. Geheimrath Dr. Remmert, welcher zur Cur im Auslande sich befindet, ist der Urlaub bis zum 1. November d. J. verlängert worden.

— Der verabschiedete Warschauer Professor der Chirurgie, wirkl. Staatsrath Dr. A. Tauber, gegenwärtig noch Consultant des Ujasdow-Hospitals in Warschau, ist zum berathenden Mitgliede des militär-medicinischen gelehrten Comités ernannt worden.

— Wie Moskauer Blätter erfahren haben, wird der Lehrstuhl der Hospitalchirurgie, welchen bisher Prof. Lewschin inne hatte, der seine Frist ausgedient hat, dem Professor der operativen Chirurgie Dr. P. Diakonow übertragen werden. Zugleich soll die chirurgische Hospitalklinik in zwei gleichgrosse Abtheilungen getheilt werden, von denen die eine von dem bisherigen Director, Prof. emer. Lewschin geleitet, die andere dem neuerwählten ausserordentlichen Professor Diakonow zugetheilt werden wird.

— Als Candidaten für den durch den Abgang Prof. Diakonow's erledigten Directorposten an der chirurgischen Klinik der Iberischen Gemeinschaft barmherziger Schwestern in Moskau werden Dr. Th. Rein, Assistent Prof. Diakonow's an dieser Klinik, und Dr. Sykow, Assistent Prof. Lewschin's genannt.

— Der ältere Fabrikinspector des St. Petersburger Gouvernements, Staatsrath Dr. Lebedew, ist auf sein Gesuch wegen Krankheit verabschiedet worden.

— Zum Professor auf den Lehrstuhl der normalen Anatomie an der militär-medicinischen Academie, welcher seit der Ernennung Prof. Tarenezki's zum Chef der Academie erledigt war, ist in der letzten Conferenzsitzung der Academie der Prosector bei dem genannten Lehrstuhl Dr. J. Schawlowski gewählt worden. Der neugewählte Professor, welcher eine ganze Reihe wissenschaftlicher Arbeiten veröffentlicht hat, hielt schon seit 1893 als Privatdocent Vorlesungen über Anatomie an der Academie.

— Die Vorlesungen über pathologische Anatomie an der militär-medicinischen Academie sind nach Verabschiedung des Prof. Winogradow dem Privatdocenten Dr. A. J. Moissejew interimistisch übertragen worden. Zur Besetzung dieses Lehrstuhls ist ein Concurs ausgeschrieben, für den die Candidaten sich bis zum 15. April zu melden haben.

— Der Schlock'sche Kronsarzt Dr. Henko ist auf sein Gesuch aus diesem Amt entlassen worden und ist die Erfüllung der Obliegenheiten des Schlock'schen Kronsarztes dem Riga'schen Kreisarzt Dr. Wiesenberg auferlegt worden.

— Verstorben: 1) Am 5. October in Kasan der Chefarzt für die Sanitätsaufsicht über die Wolga, wirkl. Staatsrath Dr. Julius Hübner im 61. Lebensjahre. Der Hingeschiedene hatte seine medicinische Ausbildung an der medico-chirurgischen Academie erhalten, welche er 1865 mit dem Arztgrade absolvirte, worauf er sich nach Deutschland begab, um die hervorragenden ausländischen Sanitätseinrichtungen zu studiren. Nach seiner Rückkehr war er viele Jahre Secretär der St. Petersburger Medicinalverwaltung, in welcher Eigenschaft er sich grosse Verdienste um die Verbesserung der städtischen Sanitätsverhältnisse und eine regelrechte Registrirung der Morbidität und Mortalität St. Petersburgs erworben hat. Aus dieser Zeit stammt auch seine werthvolle Arbeit unter dem Titel «Statistische Untersuchungen des sanitären Zustandes St. Petersburgs». Während des türkischen Feldzuges 1877/78 fungirte H. als Oberarzt und Consultant des «Rothen Kreuzes» für's Sanitätswesen im Rücken der activen Armee und wurde nach dem Kriege mit der Leitung der Massregeln zur Verhütung der Einschleppung des Typhus durch die aus der Türkei zurückkehrende Armee betraut. Vom Jahre 1881 an war er Chef des Feodosia'schen Quarantänebezirks, bis ihm im vorigen Jahre die Leitung des Sanitätswesens auf der Wolga übertragen wurde. Dr. Hüber gehört auch zu den Gründern und ersten Organisatoren der «Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit». Seine zahlreichen Arbeiten sind zum Theil in verschiedenen Zeitschriften, zum Theil aber auch als Monographien erschienen. 2) In Kaluga der langjährige Oberarzt der Eisenbahnlinie Ssysran-Wjasma Dr. Johann Rebrik im 67. Lebensjahre. Der Verstorbene hat seit 1863 die ärztliche Praxis ausgeübt. 3) In St. Petersburg Dr. Michael Selmanow an Apoplexie im Alter von 43 Jahren. Von Hause aus Arzt, studirte S. später Jura und diente dann im Eisenbahn-Departement, wo er den Posten eines Beamten für besondere Aufträge bekleidete. 4) In Marienbad der Altbürgermeister dieses Curortes, Dr. med. und chirurg. August Herzig im 65. Lebensjahre. Der Verewigte hat sich während seiner fast 40-jährigen Thätigkeit grosse Verdienste um Marienbad erworben, welches die trefflichen sanitären und hygienischen Werke und Einrichtungen fast ausschliesslich seiner Initiative und Energie verdankt.

— Eine Virchow-Bibliographie ist als Festschrift zum 80. Geburtstage Prof. R. Virchow's im Verlage von G. Reimer in Berlin erschienen. Das ca. 7 Bogen starke Werk enthält die Titel sämmtlicher Aufsätze, Mittheilungen, Monographien Virchow's auf dem Gebiet der Medicin, Hygienie, Anthropologie, Philosophie und der Standesfragen. Herausgeber dieser Schrift ist Dr. J. Schwalbe (Redacteur der «Deutschen medicinischen Wochenschrift»), welcher sie gemeinsam mit W. Becher, J. Pagel, C. Strauch und Th. Weyl bearbeitet hat.

— Ein unentgeltliches Ambulatorium für mittellose Kranke ist, dem «Aschabad» zufolge, in Pjatigorsk eröffnet worden. Das Ehrenpräsidium in der Verwaltung des Ambulatoriums soll der Emir von Buchara übernommen haben.

— Der II. Congress Russischer Chirurgen wird vom 29.—31. December d. J. in Moskau stattfinden. Anmeldungen von Vorträgen sind an den Vorsitzenden Prof. A. A. Bobrow (Москва, Зубово, Долгій пер., д. № 17) oder an den Secretär Dr. F. A. Rein (Москва, Сивцевъ Вражекъ, уголъ Нащёкинскаго пер., д. Смирнова), zu richten. Der Mitgliedsbeitrag, welcher 8 Rbl. jährlich oder 100 Rbl. lebenslänglich beträgt, ist an den Cassirer Dr. F. J. Bereskin (Москва, Новая Басманная, Басманная больница) einzusenden.

— Nachdem durch den Tod Dr. von Bochmann's der Posten des Präses der Sanitätscommission in Riga vacant geworden, hat das dortige Stadtamt, wie wir der «Düna-Zeitung» entnehmen, eine Erhöhung des Gehalts für den Nachfolger bei der Stadtverordneten-Versammlung beantragt. In Erwägung dessen, dass zum Präses der Sanitätscommission voraussichtlich ein Specialist für das Sanitätswesen und für öffentliche Hygiene gewählt werden wird und ferner, dass die Thätigkeit des Präses der Sanitätscommission derjenigen der Stadträthe gelehrten Standes entspricht, welche keine mit einem Einkommen verbundene Nebenbeschäftigung haben dürfen, vertrat das Stadtamt die Ansicht, dass es billig erscheine, dem Präses der Sanitätscommission eine Gage von 4000 Rbl., d. h. ebensoviel wie den Stadträthen, welche Hochschulbildung genossen haben, zu bestimmen und ihm ausserdem den Bezug von Alterszulagen zuzuerkennen. Der Antrag des Stadtamts fand die Billigung der Stadtverordneten und es wird somit der neue Präses der Sanitätscommission 1000 Rbl. jährlich mehr beziehen als Dr. Bochmann.

— Vom Medicinalrath wird in Erinnerung gebracht, dass auf Grund des Allerhöchst bestätigten Reichsraths-Gutachtens vom 1. Mai 1900 die Zahnärzte und Dentisten nicht berechtigt sind, neue Lehrlinge für die Zahnheilkunde aufzunehmen und dass nur diejenigen Personen berechtigt sind, sich der Prüfung für den Dentisten-Grad zu unterziehen, die vor der Veröffentlichung dieses Gesetzes als Dentisten-Lehrlinge eingetreten sind.

— Am 6. October fand die Grundsteinlegung der gynäkologischen Klinik des weiblichen medicinischen Instituts statt. Die neue Klinik, deren Baukosten auf 150,000 Rbl. veranschlagt sind, wird ausser 40 Betten einen Operationssaal, Ambulatorien, Auditorien etc. fassen.

— Am 1. October verstarb hier im Evangelischen Hospital eine junge Dame an Malleus. Die Infection hatte sie sich während ihres Aufenthalts bei Gatschino zugezogen, von wo sie am 16. September bereits erkrankt nach St. Petersburg zurückkehrte.

— Pestnachrichten. Constantinopel wurde am 6. October wieder für pestverseucht erklärt, dagegen ist Neapel wieder pestfrei. In Kleinasien gab es seit dem 19. September keine Pestfälle mehr.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 29. Sept. d. J. 8608 (19 mehr als in d. Vorw.), darunter 935 Typhus — (16 wen.), 941 Syphilis — (33 mehr), 413 Scharlach — (12 wen.), 147 Diphtherie — (0 wen.), 52 Masern — (6 mehr) und 3 Pockenkranke — (1 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 23. bis zum 29. September 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
336	247	583	99	40	131	18	16	22	54	54	44	35	44	22	3	1

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 26, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 2, Pocken 0, Masern 22, Scharlach 17, Diphtherie 25, Croup 0, Keuchhusten 10, Croupöse Lungenentzündung 14, Erysipelas 4, Grippe 3, Cholera asiatica 0, Ruhr 4, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 5, Tuberculose der Lungen 72, Tuberculose anderer Organe 13, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 38, Marasmus senilis 19, Krankheiten der Verdauungsorgane 76, Todtgeborene 30.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 16. Oct. 1901.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 22. October 1901.

Dionin

Ersatz für Codein und Morphin, besonders bei Erkrankungen der Respirationsorgane.

Largin

höchstprocentige Silbereiweiss-Verbindung, ausgezeichnet für die Gonorrhoe- Wund- und Augentherapie.

Jodipin

bewährter Ersatz für Jodkalium Specificum bei tertiärer Lues; bewährt bei Asthma, Emphysem u Skrofulose.

Stypticin

bewährtes Hämostaticum vorzügl. Mittel in der gynaekolog. und zahnärztlichen Praxis.

Tannoform

ausgezeichnetes Adstringens- und Antidiarrhoicum.

Bromipin

neues Sedativum, insbesondere gegen nervöse Zustände und Epilepsie zu empfehlen.

Diphtherieheilserum

staatlich geprüft, 500-fach und 1000-fach normal.

Die reichhaltige Literatur gratis und franko.



chemische Fabrik — Darmstadt.

Sanatorium **SAN REMO** Riviera.

Leitender Arzt Dr. Curt Stern.

Heilanstalt für Lungen- und Halskranke.

Höchster Comfort, Liegehallen, sonniger staubfreier Garten, prachtvolle Aussicht aufs Meer. Prospecte durch die Administration gratis und franco.

(119) 4—4.

Fabrik chemisch-pharmaceutischer Producte

G. Hell & Comp., Troppau und Wien.

Acetopyrin.

Ein neues Antipyreticum und Antineuralgicum gegen Migraine, Neuralgien und Erkältungen, Specificum gegen Influenza, Gelenkrheumatismus und Gicht.

Dosirung; Täglich 6 Pulver à 0,5 bis 1 G am besten in Oblaten.

Siehe wissenschaftliche Abhandlungen:

1. **Dr. Winterberg, Wien** (Wiener klinische Wochenschrift Nr. 39 v. J. 1900).
2. **Dr. Frieser, Wien** (Medicin. chirurg. Centralblatt Nr. 15 v. J. 1901).
3. **Dr. Bolognesi, Paris** (Bulletin Général Therapeutique v, 30. März 1901).
4. **Dr. Laumonier, Paris** (Presse Médicale v. April 1901).
5. **Dr, Goldmann, Wien** (Allgem. Wiener Medicin. Zeitung Nr. 14 u. 15 v. J. 1901).

Honthin.

Ein neues vorzügliches Darmadstringens gegen alle Formen von Diarrhoen.

Dosirung: Säuglinge 0,3 G., Kinder 0,5 G., Erwachsene 1 G. täglich 4 bis 5 Mal.

Siehe wissenschaftliche Abhandlungen:

1. **Dr. Friedr. Bölbl, Wien** (Wiener Klin. Rundschau Nr. 25 v. J. 1900).
2. **Dr. J. W. Frieser, Wien** (Wiener Medicin. Blätter Nr. 29 v. J. 1900).
3. **Dr. Joseph Reichelt, Wien** (Wiener Klin. Wochenschr. Nr. 36 v. J. 1900).
4. **Dr. Tison, Paris** (Bulletin Officiel de la Société Medical des Practiciens Nr. 2 v. J. 1901).
5. **Dr. Goldmann, Wien** (Reichs-Medicinal-Anzeiger, Leipzig Nr. 9 v. J. 1901).
6. **Dr. Dan. Kolpasszky u. Dr. Sztankay** (Magyar Orvosi Arch. Nr. 6 v. J. 1900).

NB.: Literatur und Proben zu Versuchzwecken stehen den Herren Aerzten auf Wunsch gern zur Verfügung.

Zu beziehen durch

Stoll & Schmidt, St. Petersburg.

(117) 12—12.

Dr. Römpler's

Sanatorium für Lungenkranke

Gerbersdorf in Schlesien.

Sommer- und Winterkur.

(118) 6—4.

Mikroskope Ernst Leitz

zu Fabrikpreisen empfiehlt **Moritz Goldberg**, St. Petersburg, **Woskressenskaja** № 11.

(33) 1—1.

Довв. цен. Спб., 13 Октября 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 42 St. Petersburg, (2. November) 20. October 1901

Ueber die Frühsymptome und die heutige Behandlung der tuberculösen Wirbelentzündung.

Von
Dr. med. J. Brennsohn.
in Mitau.

(Vortrag, gehalten auf dem XIII. Livl. Aerztetage zu Riga.)

Meine Herren! Wie auf allen Gebieten der Medicin neues frisches Leben pulsirt, so ist auch die Orthopädie in den letzten Decennien zu einer Entwickelung gelangt, die bereits gegenwärtig Bedeutendes leistet und für die Zukunft noch Grösseres verspricht. Im Jahre 1890 zeigte ich in einer kleinen Arbeit[1]), welchen Stand die Therapie der Scoliose damals einnahm; heute, meine Herren, will ich mir erlauben, Ihnen in kurzen Zügen die gegenwärtige Behandlung der tuberculösen Wirbelentzündung vor Augen zu führen. So wie sich unser Auge geübt hat, frühzeitig die Asymmetrie des Thorax zu erkennen und in derselben die Anfänge der Scoliose festzustellen, so dass dieselbe frühzeitig zur geeigneten Behandlung gelangt und schwere Formen von Scoliose, wenigstens in den bessern Familien, seltener geworden sind, so soll es auch ausser Bestreben sein, frühzeitig die Anfänge der tuberculösen Wirbelentzündung zu erkennen um die davon Betroffenen von schwerem Leid, langem Siechthum und entstellender Deformität nach Möglichkeit zu beschützen. Zwei Symptome sind es vor Allem, die eine frühzeitige Diagnose «Spondylitis» ermöglichen: *Schmerzen eigenthümlicher Art* und *gewisse Stellungen, sog. Contracturstellungen des Rumpfes.* Diese beide Erscheinungen sind bereits zu einer Zeit da, wo eine Gibbusbildung noch nicht vorhanden ist, wo die regelmässige Reihe der Processus spinosi noch keinerlei Abweichung erfahren hat. Freilich werden die Schmerzen oft missdeutet, weil sie nicht am locus morbi geklagt, sondern als ausstrahlende in entfernte Körpergegenden verlegt werden.

[1]) Ueber den heutigen Stand der Scoliosentherapie — St. Petersburger med. Wochenschr. 1890 № 1.

So klagen die Kinder bei Erkrankung der Brustwirbel über Gürtelschmerzen, über Schmerzen in der Brust, weil dieselben, dem Laufe der nervi intercostales folgend, vorn empfunden werden. Die häufigste Klage bei beginnender Spondylitis ist die über unmotivirtes *Bauchweh.* Wie oft werden die Kinder mit allen möglichen Darmmitteln vergebens behandelt, bis eines Tages zum Schrecken des Arztes und der Eltern ein Wirbel prominent geworden ist. Schmerzen am Processus mastoideus, die sich nicht durch ein Ohrenleiden erklären lassen und zum Hinterhaupt und zur Schulter ausstrahlen, erwecken den Verdacht auf eine beginnende Affection der Halswirbel. Auch in die Spitze des Penis und in die Blase strahlen die Schmerzen aus, so dass nicht selten an Blasenstein gedacht wird. Schmerzen in den untern Extremitäten veranlasste zur Diagnose — Rheumatismus und Neuralgie; ähnliche pseudoneuralgische Schmerzen treten auch in den Armen auf. Der Charakter der Schmerzen wird jedoch auf ihren Ursprung hinzuweisen vermögen. Sie werden durch alle Bewegungen verstärkt, namentlich durch alle Exspirationsbewegungen, wie Niesen, Schnauben, Husten, Lachen; ferner treten sie Nachts in der Art, wie bei der Coxitis auf. Das Kind geht ohne wesentliche Beschwerden zu Bett; im festen Schlaf aber, wo alle willkürlichen Rumpfhaltungen, die das Kind während des Tages, um die kranke Wirbelsäule zu schonen, einnimmt, erschlaffen, tritt plötzlich durch die Bewegungen eine Berührung der erkrankten Partien ein und das Kind fährt mit einem durchdringenden Schrei aus dem Schlafe auf. Auf diese *nächtlichen Schmerzen* ist ganz besonderes Gewicht zu legen. Ganz kleine Kinder die noch nicht sprechen können, zeigen einen leidenden Ausdruck des Gesichts, schreien beim Anfassen, bei allen Bewegungen, die man mit ihnen vornimmt, beim Waschen, Baden u. s. w. Erwachsene geben den Schmerz als einen zwar nicht sehr heftigen, aber als einen durch seine anhaltende Dauer quälenden an, der in der Tiefe empfunden und mit dem Pulsschlage und nach den Mahlzeiten ver-

stärkt wird. — Haben nun die eigenthümlichen Schmerzen auf eine mögliche Erkrankung der Wirbelsäule hingewiesen, so ist eine vollständige Entblössung des Rückens zur Untersuchung eine conditio sine qua non, denn nur bei sorgfältiger Beobachtung des ganzen Rückens wird man das zweite Hauptsymptom feststellen können, welches schon allein, auch wenn Schmerzen noch nicht vorhergegangen sein sollten, die Diagnose der Spondylitis ermöglicht. Es ist dies eine Contracturstellung des Rumpfes entsprechend den Contracturstellungen der Hüfte bei Coxitis, indem die erkrankten Wirbel durch Muskelcontraction fixirt und auf solche Weise möglichst entlastet werden. Die Haltung des Kranken gewinnt dadurch etwas Steifes, Starres; er führt seine Bewegungen mit möglichst festgestellter Wirbelsäule aus. Die Haltung eines Kranken mit beginnender Spondylitis der Halswirbel hat etwas besonders Auffallendes; wenn er sich umsehn will, dreht er Hals und Kopf zugleich nach der betreffenden Seite, Kopf und Rumpf bilden scheinbar ein unbewegliches Ganzes; dabei wird der Kopf manchmal zur Seite geneigt gehalten, wie bei einer Torticollis. Bei der beginnenden Spondylitis der Brustwirbel beobachten wir eine ängstlich starre gerade Haltung des Rumpfes, zuweilen sogar, wenn es sich um eine Erkrankung der seitlichen Partien der Wirbelkörper handelt, eine seitliche Abweichung der Wirbelsäule mit Höherstand einer Schulter, wie bei einer Scoliose. Bei der Spondylitis der Lendenwirbel halten die Patienten den Rumpf stark nach hinten übergebeugt, um die erkrankten Lendenwirbelkörper zu entlasten. Auch auf eine rasch eintretende Müdigkeit der Kinder und Aufstützen des Kopfes mit beiden Händen oder Stützen der Hände auf die Oberschenkel ist zu achten.

Ist nun die Aufmerksamkeit auf den Kranken durch seine auffallende Haltung gelenkt worden und fehlen noch Schmerzen, so können dieselben zur Sicherstellung der Diagnose am locus morbi leicht hervorgerufen werden durch leichtes Beklopfen der Processus spinosi, durch Ueberfahren einer Schwammelektrode — der Anode des constanten Stroms über die Reihe der Dornfortsätze oder Ueberfahren mit einem in heisses Wasser getauchten Schwamm. Bei allen diesen Manipulationen entsteht an der Stelle der erkrankten Wirbel eine Schmerzempfindung. Beugen sich die Patienten nach vorn, so sieht man, wie die Wirbel der erkrankten Partie fixirt bleiben und sich an der Beugung der Wirbelsäule nicht mitbetheiligen. Wenn man alles dieses sorgfältig erwägt, wird man frühzeitig die richtige Diagnose zu stellen im Stande sein. Man wird auch differential-diagnostische Erwägungen austellen müssen. Bei beginnender Scoliose klagen die Kinder oft über Schmerzen am Rücken, namentlich über Stiche am Schulterblatt und an der Lende. Diese Schmerzen pflegen durch eine leichte Rückengymnastik bald zum Schwinden gebracht zu werden. Andererseits kommt es leider vor, dass diejenige Form der beginnenden Spondylitis, die sich an den Seitenpartien der Wirbelkörper etablirt, für eine Scoliose gehalten und Rückengymnastik verordnet wird, wodurch die spondylitischen Schmerzen bedeutend gesteigert werden. Auch sog. Wachsthumsschmerzen sind zu berücksichtigen. Ferner ist an eine Rheumarthritis der kleinen Wirbelgelenke zu denken; diese tritt aber ganz plötzlich auf, setzt mit Fieber ein, befällt meist nur die eine Seite und sitzen die Schmerzen nicht an den Dornfortsätzen, sondern im Niveau der Gelenkfortsätze. Desgleichen hat man die spondylitischen Schmerzen von der bei Nervösen und Hysterischen vorkommenden Rachialgie zu scheiden. Auch mit einer schmerzhaften rachitischen Kyphose kann die Spondylitis verwechselt werden, namentlich da die Spondylitis der Lendenwirbel auch eine bogenförmige Kyphose gleich der rachitischen bildet und die rachitische Kyphose gleich der rachitischen Scoliose fixirt werden kann und sich in dem Falle in der Suspension oder in der Bauchlage nicht mehr ausgleicht. Neben den andern Zeichen der bestehenden Rachitis bleibt das Hauptunterscheidungsmerkmal Folgendes: Wenn man das Kind in Bauchlage bringt und die Beine erhebt, bleibt bei der rachitischen Kyphose der Rumpf auf der Unterlage liegen, während er bei der spondylitischen der Erhebung der Beine in tote mitfolgt.

Wenden wir uns der Behandlung der tuberculösen Spondylitis zu, so sind die Eltern, um deren Vertrauen nicht zu verlieren, vor Allem darauf aufmerksam zu machen, dass es sich um ein eminent chronisches Leiden, daher um eine Therapie handelt, die eine sehr lange Zeit, Monate, oft Jahre beansprucht. Die Behandlung hat zwei Aufgaben zu erfüllen; das Allgemeinbefinden zu bessern, ein medicinischdiätetisches, mit einem Worte antitubercnlöses Regime einzuschlagen und local auf die Ausheilung des Processes durch ein mechanisches Verfahren zu wirken. Zur Erfüllung der ersten Aufgabe hat man sich nach den Principien zu richten, die für die Tuberculose überhaupt aufgestellt sind; demnach für eine kräftige Kost, eine helle trockene Wohnung und den ausgiebigen Genuss frischer Luft zu sorgen. Der Aufenthalt am Meeresstrande wirkt sehr wohlthätig auf derartige Kranke ein, desgleichen der Gebrauch von lauen Salzbädern, die aber vorsichtig erst nach Ablauf der floriden Entzündungserscheinungen anzuwenden sind. Für uns Balten ist besonders empfehlenswerth der Gebrauch der Schlammbäder in Arensburg, Hapsal und Pernau. Im Verein mit der reinen appetitfördernden Seeluft besteht die Wirkung der Schlammbäder hauptsächlich in der eminenten Anregung des Stoffwechsels, wodurch es zur beschleunigten Resorption krankhafter Producte kommt. Bei scrophulösen Leiden und tuberculösen Knochenprocessen haben wir uns nur selten in der Wirksamkeit dieser Curen getäuscht. Man hat die Wirkung dieser heilsamen Factoren längst erkannt und so entstanden und entstehen an unsern Strandorten Hospize für scrophulöse Kinder. Es ist zu wünschen, dass man in dieser Fürsorge nicht nachlasse und die Anzahl dieser Hospize vermehre. Ferner ist die Anwendung der bekannten antituberculösen Medicamente angezeigt. Man reicht innerlich Creosotal in Leberthran, auch Tinctura creosoti; ferner wendet man die Schmierseifencur an, deren mitunter überraschende Erfolge für das Allgemeinbefinden sehr gelobt werden. 30 gramm Sapo kalinus venalis werden 3 Mal wöchentlich auf den Rücken 15—20 Minuten lang eingerieben, ebenso lange liegen gelassen, hernach mit lauem Wasser abgewaschen und die Haut dann gut getrocknet.

Haben wir so für das Allgemeinbefinden gesorgt, so besteht unsre Hauptaufgabe darin, mechanisch dahin zu wirken, dass die kranken Theile der Wirbelsäule vom Druck entlastet und die Wirbelsäule in dieser corrigirten Haltung fixirt werde. Die Schmerzen verschwinden dadurch wie mit einem Zauberschlage. Die Wirbelsäule ist in eine für die Ausheilung des tuberculösen Prozesses günstigste Stellung gebracht. Der Kranke selbst giebt instictiv den Weg an, den die Behandlung einzuschlagen hat; er beugt bekanntlich im Beginn der Erkrankung seinen Rumpf nach rückwärts, um die kranken Wirbelkörper möglichst von dem auf ihnen lastenden Drucke zu befreien. Die Grundprincipien der Behandlung werden demnach sein: Entlastung der erkrankten Wirbelpartien durch Lordosirung derselben und Fixirung dieser Haltung durch immobilisirende Verbände und Apparate. Vollständig werden diese Forderung erfüllt, wenn der Patient die Horizontallage so lange einnimmt, bis die Schmerzen vollständig geschwunden sind. Schon Bam-

pfield hat die Bauchlage empfohlen, doch ist bei einer wochenlangen ruhigen Lage die Rückenlage die allein durchführbare. Bei Spondylitiden in der Mitte der Wirbelsäule eignet sich vortrefflich die von Rauchfuss empfohlene Schwebe. Der Vorwurf, dass sie nicht genügend fixire ist zum Theil gerechtfertigt, doch kann man diesem Uebelstande durch festes Anziehen der Gurte und durch Unterschieben eines Rollkissens verringern. Absolute Fixirung der Wirbelsäule und genaue Dosirung der entlasteten Haltung kann jedoch nur erreicht werden durch Maassnahmen, die gerade in der neuesten Zeit von den modernen Orthopäden empfohlen worden sind. Da ist in allerersten Reihe das Reclinationsgipsbett von Lorenz in Wien zu nennen. Die Herstellung desselben ist in Kurzem geschildert folgende. Der Patient befindet sich in Bauchlage auf verschiedenen dick gepolsterten Rollkissen, die unter die Stirn, die Schlüsselbeine und die Oberschenkel geschoben werden, damit eine Lordose der Wirbelsäule erzielt werde oder auf einem eigens dazu construirten Tische. Ueber die Hinterfläche des Körpers wird eine Lage Tafelwatte und ein Stück Calicotstoff gedeckt und darauf mit der Legung der Gipsbinden begonnen, die vom Scheitel bis an die Glutäalfalten reichen müssen. Dieselben werden der Länge und der Quere nach gelegt und wenn das Bett eine gewisse Dicke erreicht hat, wird es vom Körper des Patienten abgehoben, beschnitten, geglättet, getrocknet und danach zum Schutze gegen Durchnässung nach Lorenz mit alkoholischer Schellacklösung bestrichen. Ich wende lieber zu diesem Zwecke die Celluloidlösung an, weil sie gegen Durchnässung sicherer wirkt und dem Gipsbett eine längere Dauer verleiht. Zum Gebrauch wird es mit einem dicken Wattepolster bedeckt und ein wasserdichter Stoff darüber gebreitet. Das Kind wird nun vorsichtig in die Hülse gelegt, mit einer breiten Calicotbinde darin befestigt, vollständig angekleidet und die Kleider über dem Rückenschild geschlossen. Will man das Reclinationsbett eleganter herstellen, so wird das Gipsbett als Modell benutzt und ein Celluloidbett hergestellt, welches jedoch durch einige Gipsbinden und Fournierholzspäne verstärkt werden muss. Die Innenfläche desselben wird mit Rosshaar gepolstert und mit Rossleder bezogen. —

Handelt es sich um Erkrankung der oberen Partien der Wirbelsäule, so ist die Reclinationslage nicht angezeigt und wird in diesem Falle die Rückenlage in Verbindung mit der Extension angewandt. Auch für diese Fälle hat Lorenz sein Gipsbett empfohlen; nur ist die Lagerung des Patienten eine andere. Das Hinterhaupt muss nämlich in einer Ebene mit der Rückenfläche zu liegen kommen, was dadurch erreicht wird, dass die vordere Rumpffläche auf einer gleichmässigen Polsterung liegt, während die Stirn von einem niedrigen Kissen gestützt wird. Zwischen die obersten Schichten wird ein Nothmast eingelassen, das einen Querbügel trägt, gegen welchen der Kopf mit einem Kinnhinterhaupthalfter angezogen wird. Eine besondere Aufmerksamkeit erfordert in den ersten Tagen das Umbetten des Kindes. Zur Defäcation wird das Bett halb aufgestellt und ein Geschirr unter das Gesäss geschoben.

Mit dieser Art der Lagerung der an Spondylitis leidenden Kinder wird der Forderung der absoluten Fixation des Rumpfes und der Entlastung der erkrankten Wirbel in vorwurfsfreier Weise Genüge gethan. Die Wirkung dieser Apparate ist eine ganz vorzügliche. Die Kinder, die früher beim Herumtragen auf der Hand oder beim Anfassen wimmerten, verlieren in der fixirten Reclinations- und Extensionslage sofort ihre Schmerzen, es bessert sich ihr Schlaf und ihr Allgemeinbefinden, da sie im Bettchen auch an die frische Luft gebracht werden können. Das Freisein der Beine empfinden sie als eine Annehmlichkeit, doch können dieselben, wenn sich Contracturen in ihnen etablirt haben mit Binden eingewickelt oder beim Anlegen des Gipsverbandes, leicht gespreizt, gleich in die Gipshülse mit hineingenommen werden. Für die Defäcation ist ein genügend breiter Perinäalausschnitt zu machen.

Die Urtheile über das Lorenz'sche Gipsbett sind übereinstimmend günstige [2]) Alle loben die verhältnissmässig einfache Herstellung desselben und seine ausgezeichnete Wirkung auf die Ruhigstellung der erkrankten Wirbelsäule.

Für die Behandlung der Spondylitis des obern Brustsegments und der Halswirbel kann auch ausser dem oben beschriebenen Lorenz'schen Extensions-Gipsbett die einfache horizontale Lagerung mit der Gewichtsextension verbunden werden. Das Gewicht der Belastung muss anfangs ein geringes sein (5—8 Pf.), kann aber allmählich auf 10—12 Pf. gesteigert werden. Unter den Nacken schiebt man behufs Lordosirung der befallenen Halswirbel eine weich gepolsterte Rolle. Zur Erreichung der Gegenextension wird das Kopfende des Bettes höher gestellt, dadurch eine schiefe Ebene gebildet, wobei das Körpergewicht selbst das herabziehende Gewicht darstellt. Der Amerikaner Phelps hat in der Construirung seines „Holzcuirasses", welches von Nänchen „Stehbett" genannt wird, es gleich Lorenz ermöglicht, derartige Kranke auch zu transportiren. Die Herstellung eines derartigen Stehbettes ist ebenfalls nicht schwierig. Die Contoren der Patienten werden auf Pappe gezeichnet, hiernach eine Bretterlade mit Perinäalausschnitt angefertigt und der Kopf durch einen Kinnhinterhaupthalfter angezogen.

Wenn nun bei der eben erörterten Behandlung die Schmerzen nachgelassen haben, die Patienten sich ohne Beschwerden aufrichten und sitzen können und der Gibbus sich hierbei nicht vergrössert, dann kann mit der ambulanten Behandlung begonnen werden. Dieselbe möchte ich in zwei Abschnitte theilen. In der ersten Zeit nach dem Verlassen der Lagerungsapparate werden in Zeiträumen von je 6 Wochen unabnehmbare Gipspanzer angelegt, da ein Aufflackern des entzündlichen Processes noch immer zu befürchten ist. Erst wenn die Schmerzen längere Zeit ausgeblieben sind, erst dann geht man zu den abnehmbaren Corsets über, die mehrere Jahre hindurch getragen werden müssen. Die Gipspanzer werden am besten ebenfalls in Bauchlage der Kranken angelegt, in manchen Fällen wird man die Sayre'sche Suspension anwenden. Kleine Kinder werden von zwei Assistenten gehalten, von denen der eine am Kopf, der andere an den Beinen anfasst. Grössere Kinder werden zwischen 2 Tischen gelagert, zwischen welchen der Rumpf hinuntersinkt und in gleicher Weise gehalten oder liegen auf zwei Gurten, die an einem Rahmen befestigt und verstellbar sind. Der Patient liegt so, dass er mit der Gegend der Schlüsselbeine auf dem obern und den Oberschenkeln auf dem untern Gurt sich befindet. Der Gibbus und die Spinae werden mit Filzstreifen oder Watte gepolstert, der Patient mit einem Tricothemd bekleidet und darüber der Gipsverband angelegt, wobei der Gips in den Binden gut verstrichen wird. Ueber dem Gibbus wird ein Fenster ausgeschnitten. Wichtig ist, dass der Verband recht hoch hinauf und recht tief hinunter reicht, um besser stützen zu können. Am blossen Körper unter dem Tricot kommen vorn und hinten je ein Stück weichen Seidenstoffs, vermittelst welcher täglich die Haut des Rumpfes abgerieben wird. Durch diese Reinigung wird das Tragen der unabnehmbaren Gipspanzer ausserordentlich erleichtert. Bei der Spondylitis der Halswirbel ist in diesem Stadium eine

[2]) Oscar Vulpius — Die Behandlung der Spondylitis im Gipsbett — Therap. Monatschr., Februar 1889.

Halscravatte zu tragen, die aus Gips oder Celluloidmull hergestellt werden kann.

Calot ist behufs Fixation der Wirbelsäule noch einen Schritt weiter durch Einführung seines Mumienverbandes gegangen. In vorgeschriebener Weise wird der Kopf und der Rumpf mit Watte dick gepolstert, die Gipsbinde stark angezogen und der Kopf bis an die Augenbrauen mit eingegipst, wie es schon Falkson und Schönborn gethan hatten, so dass nur das Gesicht, wie bei einer Mumie, herausschaut. Es ist nicht zu leugnen, dass durch dieses Verfahren eine absolute Fixation erreicht wird, aber solch' ein Verband ist auch nur bei der autokratischen Ordnung eines Spitals möglich, in der Privatpraxis ist es undurchführbar. Die Pflege des Körpers und namentlich des Haares ist ganz unmöglich; auch stellt sich sehr häufig Decubitus nicht nur an den processus spinosi, sondern auch am Kinn und Hinterhaupt ein.

Hält man nun nach den oben dargelegten Zeichen die Zeit für gekommen, zu den abnehmbaren Corsets überzugehen, so hat man die Wahl zwischen mehreren Stoffen, aus welchen die orthopädischen Mieder hergestellt werden.

Die Holzmieder nach Waltuch, die anfangs so viel versprachen, bewährten sich nicht, weil sie durch die Körperwärme erweichten, ihre ursprüngliche Form verloren und dadurch ihre Aufgabe, als Stütze zu dienen, einbüssten. Das Gleiche ist von den Filzcorsets zu sagen, die auch der so früh dahingegangene Petersburger Chirurg Anders ausserordentlich schön anfertigte. Corsets aus reinem Celluloid (Celluloidplatten) herzustellen, ist ebenfalls nicht rathsam, weil sie, um nicht zu brechen, recht dick gearbeitet sein müssen, in Folge dessen auch schwerer werden und auf der Haut oft Dermatitis erzeugen. Stoffcorsets nach Hessing sind sehr empfehlenswerth, müssen aber, wenn sie ihren Zweck erfüllen sollen, ausserordentlich gut gearbeitet sein. Für den Arzt, dem eine eigene Werkstatt nicht zur Verfügung steht, sind Celluloidmullcorsets nach Landerer und Kirsch, wie ich derselben in der St. Petersburger med. Wochenschrift Erwähnung gethan [3]), das Beste, was auf dem Gebiete der orthopädischen Mieder bis jetzt geleistet worden ist. Wenn man die Technik derselben vollständig beherrscht, so werden sie von keinem andern Miedermaterial, was Leichtigkeit, Härte und Elasticität betrifft, übertroffen. Die Herstellung derselben ist kurz geschildert folgende: Ueber einem Gipsmodell, welches nach einem in der Vertical- oder Horizontalsuspension abgenommenen Negativ angefertigt ist, werden weiche Marlybinden straff angezogen, dieselben werden in 6—8 fachen Lagen umgelegt, jede Lage wird reichlich mit in Aceton gelöstem Celluloid bestrichen, wobei die Hände durch Glacéhandschuhe geschützt werden. Man kann diese Corsets ausserordentlich dünn herstellen, ohne dass sie ihre Festigkeit verlieren. Sie werden reichlich gelocht, über den Mammae, dem Gibbus und den Beckenspinae Fenster ausgeschnitten, mit Tricot bezogen, montirt und mit Schnürung versehen. An Leichtigkeit werden sie von keinem andern Material übertroffen, ihre Elasticität bei starrer Erhaltung ihrer Form ausserordentlich gross. Sie sind allen anderen Corsets, auch den Stoffcorsets vorzuziehen, weil sie viel ausgiebiger, weil flächenhaft stützen. Bei Spondylitis der Halswirbel und des oberen Segments der Brustwirbelsäule sind die Corsets mit einer Kinnhinterhauptstütze nach Hessing-Hoffa zu versehen. Diese Kopfstütze wird in folgender Weise angefertigt. An einem genau nach der Kopfform gearbeiteten Ring, der unterhalb der protuberantia occipitalis externa das Hinterhaupt umgreift und vorn seine Stützpunkte an den Kieferwinkeln hat und durch einen einfachen Charniermechanismus geöffnet und geschlossen werden kann, sind auf jeder Seite je 1 oder 2 Stäbe angeschraubt, die der Körperform genau entsprechend am Hals und Thorax herablaufen und in der Taillengegend endigen. Am unteren Ende tragen sie Knöpfe. An diese Knöpfe wird ein Gummiband befestigt, dessen oberes Ende in einen Knopf angehängt wird, der sich am oberen vorderen Ende des Stützcorsets befindet. Spannt man nun diese Gummibänder an, so haben sie das Bestreben, den Kopfring und damit den Kopf selbst in die Höhe zu drängen. Um diese Stützvorrichtung am Corset zu befestigen, werden die Stäbe durch Riemen oder Lederösen festgehalten. So lässt sich auf die einfachste Weise eine stetige, elastische und dabei wohl dosirbare Extension des Kopfes erzielen. —

Haben wir nun diese therapeutischen Maassnahmen consequent durchgeführt, so haben wir allen Indicationen Genüge geleistet, die behufs Fixirung und Entlastung der erkrankten Wirbelsäule an uns gestellt werden und werden wir im Stande sein, die Gibbusbildung auf das möglichst geringe Maass zu beschränken. Wir berühren hiermit ein Thema, welches in den letzten Jahren sowohl die ärztliche, wie die Laienwelt in die grösste Spannung versetzt hat. Mit seinem kühnen Vorgehen — brüsquen Redressement des Gibbus — hat Calot Bahnen betreten, die bis hierzu als verboten galten. Sein Verfahren hat zum Theil begeisterte Lobredner, zum grösseren Theil aber absprechende Urtheile gefunden. Wenn auch ein endgiltiges Urtheil über Calot's Operation wegen der Kürze der Zeit noch nicht gefällt werden kann, so ist doch so viel sicher, das die grossen Hoffnungen, die Calot selbst auf seine Operation gesetzt hatte, bedeutend herabgedrückt werden müssten. Er hat aber trotzdem das grosse Verdienst, gezeigt zu haben, dass man den Gibbus, der bis dahin als ein noli me tangere galt, wohl anfassen darf. — Die Verhältnisse der Gibbusbildung verdienen hier einige Berücksichtigung. An der Gibbusbildung sind nicht blos die vom Krankheitsprocess befallenen Wirbel betheiligt, sondern allmählig nimmt die ganze Wirbelsäule an der Buckelbildung Theil. Im Beginn der Krankheit sucht der Patient durch Lordosirung des supra- und infragibbären Theils der Wirbelsäule eine Entlastung der erkrankten Partien herbeizuführen; später mit zunehmender Erschlaffung der Rückenmuskulatur büsst er diese Fähigkeit der Lordosirung ein, die Wirbelsäule sinkt kyphotisch zusammen, wobei die hintern Bänder gespannt werden. Allmählig adaptiren sich auch die Weichtheile, die Muskeln und Bänder dieser Haltung an, es tritt Verkürzung derselben ein und zur knöchernen Ankylose der Wirbelsäule tritt Contractur hinzu. Wenn man einen Patienten mit frischer Spondylitis suspendirt oder in Bauchlage bringt, so kommt es zu einer Streckung des supra- und infragibbären Theils der Wirbelsäule; der Gibbus wird um so viel kleiner, um wieviel die gesunde Wirbelsäule sich an der Gibbusbildung betheiligt hatte. Bei einer abgelaufenen Spondylitis nach langem Bestande derselben wird aber kaum eine Veränderung des Gibbus erzielt werden können. Diese Verhältnisse sind bei dem Redressement des Gibbus zu berücksichtigen. —

Man wird das Redressement alter abgelaufener von dem frischer Fälle zu unterscheiden haben. Bevor man ein endgiltiges Urtheil über diese eingreifende Operation wird abgeben können, wird man die Endresultate abwarten müssen, wozu noch Jahre nöthig sein werden. Im Allgemeinen ist man der Ansicht, dass das Redressement alter Fälle aufzugeben sei; zwar wurde der Eingriff, einige unmittelbare Todesfälle abgerechnet, zunächst gut vertragen; aber dann kam es in Folge des

[3]) Ueber Celluloidmullcorsets in d. St. Petersb. med. Wochensch. 1899, Nr. 18.

Eingriffs zur Aufflackerung des tuberculösen Processes, zu Abscessbildung, zu Meningitis, ganz abgesehen davon, dass die bleibenden Resultate keine gute waren. Anders in Petersburg[4]) hat 25 Fälle operirt, vier von diesen kamen zur Section. Es fanden sich auch bei den äusserst vorsichtig Gestreckten so bedeutende Diastasen, dass er entschieden Zweifel hegt, ob solch' eine Wirbelsäule jemals wieder die nöthige Festigkeit wird erlangen können. Es wurden Lücken noch nach monatelang vorhergegangener Operation bis zu 8 Cm.[5]) gefunden, die mit Blut, Eiter und Detritus ausgefüllt waren. Eine Neubildung von Knochenmasse, worauf Calot gehofft und was er auf Grund falsch gedeuteter Röntgenbilder anzunehmen geglaubt hatte, findet nicht statt. Wenn die Wirbelsäule in einigen Fällen auch längere Zeit nach dem Redressement gerade blieb, so war das, wie die Autoren annehmen, durch die Verhakung der Wirbelfortsätze unter einander verursacht. Die Calot'sche Operation alter Fälle muss demnach wegen der damit verbundenen, oft lebensgefährlichen Complicationen und wegen der Nutzlosigkeit des Eingriffs als aufgegeben betrachtet werden. Wie verhält es sich nun mit dem Redressement frischer Fälle? Jeder, der die Ausführung der Operation kennt, weiss, wie verhältnissmässig leicht der frische Gibbus durch das Redressement ausgeglichen werden kann. Aber auch hier ist der Eingriff meist ein vergeblicher, bleibende Erfolge sind auch hier selten zu verzeichnen.

Lorenz[6]) hat in mehr als 40 Fällen die Operation gemacht und erlebte regelmässig eine Wiederkehr des Gibbus; eine Knochenneubildung in der Lücke findet nicht statt; eine Ausheilung der Spondylitis ohne Gibbusbildung ist überhaupt nicht denkbar. Erst durch Berührung der Knochenwunden und Bildung einer Knochennarbe ist die Heilung beendet. Calot sucht mit seiner Anfrischung der processus spinosi einen doppelten Zweck zu erreichen; einerseits hofft er dadurch den Decubitus über den proc. spin. zu vermeiden, andererseits durch Bildung einer Knochennarbe einen Rückenschild zu erzielen, welcher die Wirbelsäule gerade gerichtet hält. Die Ausführung der Calot'schen Operation ist bekannt; am oberen und unteren Ende des Kranken fassen je drei Assistenten an und bewirken durch starken Zug die Distraction, während der Operateur mit beiden Händen die Spitze des Gibbus nach abwärts drückt und ein anderer Assistent die Lendenwirbelsäule von unten stützt, um den Druck des Operateurs um so wirksamer zu machen. Aber die Kraft der ziehenden Assistentenhände ist eine undosirbare, keine gleichmässige und wirkt ruckweise, daher sind Redressionsinstrumente ersonnen worden, um die Assistentenhände zu ersetzen; zu nennen wären die von Huhn[7]) und Lorenz[8]). Das letztere besteht aus einer Extensionsstange, der drückenden Pelotte und den beiden Ständern. Der Patient, welcher sich in Bauchlage befindet, wird vermittelst Zuges am Kopf und an den Beinen in horizontaler Lage suspendirt. Auf den Gibbus wirkt vermittelst einer Schraube eine Pelotte, bis der Gibbus ganz ausgeglichen ist und hierauf wird in derselben Lage der unabnehmbare Gipsverband in der bekannten Weise angelegt. Die Calot'sche Operation gilt heutigen Tages nur in einem einzigen Falle als wirklich indicirt — bei den spondylitischen Lähmungen die lange Zeit bestehen und keine Aussicht auf eine Restitutio gewährt

Man kann bei einem Spondylitisfalle nie voraussagen, ob derselbe ohne Lähmungen verlaufen wird. Paralyse tritt auch bei geringer Gibbusbildung auf und pflegen oft gerade solche Lähmungen sehr hartnäckig und manchmal aussichtslos zu sein. Im Allgemeinen ist die Prognose der Lähmungen kaum ungünstiger: ein grosser Theil derselben bildet sich zurück. Schon bald nach dem Einschlagen einer mechanischen Behandlung eines in Verticalsuspension oder Reclination angelegten Gipspanzers sieht man Lähmungen zurückgehen. Eine faradische Behandlung der gelähmten Extremitäten unterstützt die Cur. Hat die Lähmung lange Zeit bestanden, ist sie eine absolute und kommt es in den betroffenen Extremitäten zu Contracturen und klonischen Muskelzuckungen und tritt Blasenschwäche ein, so ist die Indication für eine eingreifende Behandlung gegeben; denn die Lage dieser Patienten ist eine traurige und aussichtslose.

Hier wird man nun das Calotsche Redressement anwenden; neben manchen Misserfolgen werden von vielen Seiten auch günstige Resultate gemeldet. Aber auch zu blutigen Eingriffen — zur Laminectomie, der Ausschneidung der Wirbelbögen zusammen mit dem Evidement, der Ausräumung der fungösen Massen in loco morbi muss man sich zuweilen entschliessen, obgleich gewichtige Stimmen, wie Billroth, Bergmann, auch Lorenz sich dagegen erklärt haben Manchmal sah man Lähmungen nach Operation oder freiwilliger Eröffnung von Senkungsabscessen zurückgehen; offenbar hatte der Abscess das Mark comprimirt. Die Behandlung der Abscesse, die unter Stromeyer noch als ein noli me tangere galten, hat in der antiseptischen Aera sehr günstige Resultate ergeben, so dass beispielsweise nach P. Bruns auf 54 operirte Abscesse 50 Heilungen kommen. Trotzdem wird man zunächst eine Resorption abwarten und erst in dringenden Fällen, wie bei anhaltendem hohem Fieber, bei directer Bedrohung des Lebens, wie bei sehr langem Bestände der Abscesse an die Eröffnung derselben gehen.

Wenn im Vorhergehenden die Principien, die für die heutige Spondylitisbehandlung gelten, erörtert sind, so ist nicht damit gesagt, dass man sich in jedem Falle sclavisch an dieselben zu halten habe; es wird auch hier heissen «principiis obsta». Man wird jeden Fall zu individualisiren, man wird die Behandlung leichter von den schweren Fällen zu unterscheiden haben. Auch was die Wahl der Lagerungsapparate und Corsets betrifft, so wird man je nach dem Falle das eine oder das andere wählen und jeder Arzt wird diejenigen Apparate und Mieder bevorzugen, mit deren Technik er sich besonders vertraut gemacht hat. Es giebt hier kein alleinseligmachendes Corset; in der Hand des gewissenhaften und erfahrenen Arztes wird jeder Apparat und jedes Corset, sofern sie uns die Aufgabe, die Wirbelsäule zu entlasten und zu stützen, erfüllen, dem Kranken zum Segen gereichen.

Ist die Spondylitis vollständig abgelaufen, die Ausheilung des cariösen Processes beendet und eine Consolidirung der Wirbelsäule eingetreten, dann soll mit der Nachbehandlung begonnen werden. Bereits während des Bestehens des Entzündungsprocesses hat man nach Möglichkeit für die Pflege der Haut Sorge zu tragen; nach Erlöschen des Processes wird man in vorsichtiger Weise Massage des Rückens anwenden, um die atrophisch gewordene Muskulatur neu zu beleben und zu kräftigen. Dieselbe wird in sanfter Effleurage und leichter Petrissage der Muskulatur zu beiden Seiten der processus spinosi bestehen, wozu noch in

[4]) Anders. Statische und pathologische Verhältnisse der redressirten spondylitischen Wirbelsäule im Archiv für klin. Chir. Bd. 56, S. 703 u. ff.

[5]) Braun. Centralbl. für Chirurgie 1898, Nr. 26 pag. 85.

[6]) Lorenz: ein Artikel «Spondylitis» der 3. Aufl. von Eulenburg's Real-Encyclopädie.

[7]) Huhn: Ein Apparat zur Streckung und zum Ausgleich des Buckels im Arch. f. klin. Chir., Bd. 56, S. 697 u. ff.

[8]) Im Art. «Spondylitis» in Eulenburgs Realencyclopädie S. 171.

vorsichtiger Weise ausgeführte Reclinationsbewegungen hinzukommen. Dieselben können nach Lange darin bestehen, dass die Schleife einer Schnur, die über zwei am Boden und am oberen Theile der Wand befestigte Rollen läuft und deren Ende mit Gewichten belastet wird, um den Rücken des Patienten gelegt wird und derselbe nun Rückbeugungen ausführt. Man kann nun durch verschieden schwere Gewichte den Widerstand dosiren und von den leichtesten allmählig zu schweren übergehn. Ausser dieser Uebung lasse ich auch eine einfache active Reclinationsübung ausführen. Der Patient befindet sich in Bauchlage auf einer gepolsterten Bank, wobei die Beine leicht fixirt werden. Bei dem Commando «1» erhebt er seinen Rumpf von der Unterlage und beugt Kopf und Rumpf nach rückwärts; beim Commando «2» lässt er den Rumpf langsam nieder auf die Unterlage zurücksinken.

Ich habe bei consequenter Durchführung dieser Uebung in wenigen Wochen recht gute Kräftigung der Rückenmuskulatur eintreten gesehen, so dass die Patienten im Stande waren, sich auch ohne Corset längere Zeit zu bewegen. Werden diese Uebungen genügend lange Zeit fortgesetzt, so wird der Patient nicht nur von seinem Corset sich emancipiren können, sondern ist nach der Theorie der Gibbusbildung anzunehmen, dass auch der supragibbäre Theil der Wirbelsäule sich wieder mehr aufrichtet und eine Abflachung des Gibbus eintritt.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Ad. Czerny und Dr. A. Keller: Des Kindes Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Ein Handbuch für Aerzte. Erste Abtheilung. Leipzig und Wien, Franz Deuticke 1901.

Das vorliegende Heft bildet den Anfang eines gross angelegten Werkes, das in 10 Abtheilungen erscheinen soll und Physiologie, Pathologie und Therapie der Ernährung im Säuglings- und später Kindesalter behandeln soll. Schon die Namen beider Autoren, deren Arbeiten grade auf dem uns hier interessirenden Gebiete wohl jedem Pädiater bekannt sind, müssten für die Gediegenheit des Werkes bürgen. Doch sehen wir zu, wie die Autoren sich ihre Aufgabe gestellt haben und wie sie dieselbe ausgeführt haben. In der Einleitung finden wir die Antwort auf diese Fragen: Zunächst bemühten sie sich «die ganze vorliegende Literatur einer kritischen Sichtung zu unterziehen, um so festzustellen, was an Thatsachen durch Beobachtungen und Untersuchungen nachgewiesen ist, welche Schlussfolgerungen dadurch begründet sind und was nur als Hypothese besteht». Mit Hilfe dieses Materiales und der eigenen Erfahrungen und Beobachtungen wurde nun die Lehre von der Ernährung und dem Stoffwechsel des gesunden und kranken Kindes aufgebaut. Der leichteren Orientirung halber sollen die Kapitel mit ausschliesslich wissenschaftlichem Inhalt von jenen, welche für den praktischen Arzt von unmittelbarem Interesse sind, abgetrennt werden. Schon die Lektüre des vorliegenden kleinen Abschnittes überzeugt uns, dass die Autoren ihre Aufgabe meisterhaft ausgeführt haben und dass ein Werk von immenser Bedeutung speciell für den Pädiater geschafft werden wird. Die ersten Kapitel handeln von der Ernährung am ersten Lebenstage und der Wahl der Nahrung für das Kind am zweiten Lebenstage. Das dritte Kapitel bringt eine bis in die kleinsten Details gehende Darstellung der Funktionen und des Baues des Magendarmapparates beim gesunden Kinde; es folgen alsdann die chemische Zusammensetzung des Foetus und des Neugeborenen, die Technik der Stoffwechseluntersuchungen. Die weiteren Kapitel handeln vom Meconium, von der Albuminurie und dem Harnsäureinfarct. Wir haben hier die Inhaltsübersicht der ersten Lieferung mit Absicht angeführt, um unseren Lesern zu zeigen, mit welcher Gründlichkeit und Ausführlichkeit das grosse Thema in Angriff genommen worden ist. Die weiteren Lieferungen werden gewiss diese Meinung vollauf bestätigen.

Abelmann.

Referate.

Prof. H. Kehr: Wie gross ist heute die Mortalität nach Gallensteinoperation? (Münchener med. Wochenschrift Nr. 23).

Verf. giebt zunächst eine Uebersicht der letzten 100 von ihm April 1900 bis April 1901 wegen Cholelithiasis operirten Fälle. Davon starben 16 Patienten. Bei diesen handelte es sich aber um sehr komplicirte pathologische Verhältnisse und sehr eingreifende Operationen. Fünfmal wurde die Operation am Gallensystem mit Eingriffen am Magen und Darm verbunden (Gastroenterestomie, Duodenoplastik, Enterostomie); an cholämischen Blutungen gingen 4 Kranke zu Grunde, bei 4 Kranken bestanden schon vor der Operation schwere, eitrige Processe und bei 4 Kranken Carcinom. Auf das Conto der Gallensteinoperation, als solcher ist eigentlich nur ein einziger Todesfall zu setzen: es handelte sich um eine 62-jährige Frau, die 5 Tage nach der Ectomie und Hepaticusdrainage an Pneumonie starb. Nur in einem Fall konnte Tod an Sepsis constatirt werden. Verf. beharrt nicht mehr bei der Frühoperation, verlangt aber, dass die Patienten nicht zu spät dem Chirurgen überwiesen werden, zumal die Mortalität nach Gallensteinoperationen in den letzten Jahren beständig zurükgegangen ist. So kamen während der Jahre 1890—1899 auf 190 conservative Operationen (37 Cysticotomien, 153 Cystostomien) 3 Todesfälle (1,5 pCt.). auf 81 Cystectomien 3 Todesfälle (3,7 pCt.), auf 62 Choledochotomien resp. Hepaticusdrainagen 6 Todesfälle (9,7 pCt.), auf 76 Gallensteinoperationen mit Eingriffen am Magen, Darm, Pankreas und Complicationen 37 Todesfälle (48,7 pCt.). Im letzten Jahre kamen auf 13 Cystostomien und 19 Cystektomien kein Todesfall, auf 28 Choledochotomien resp. Hepaticusdrainagen 1 Todesfall (3,6 pCt.) auf 40 Gallensteinoperationen mit Eingriffen am Magen, Darm, Pankreas und Complikationen 15 Todesfälle = 37,5 pCt. So lange die Steinkrankheit auf die Gallenblase und den Cysticus beschränkt bleibt, der Chirurg die Gallenblase nur ausschneidet oder entfernt, beträgt die Mortalität 2—3 pCt. Stecken die Steine schon im Choledochus, so steigt die Mortalität auf 4—5 pCt., aber so lange keine diffuse eitrige Cholangitis besteht, ist bei Choledochotomie oder Hepaticusdrainage keine erhebliche Lebensgefahr vorhanden. Die Prognose wird schlecht bei verbreiteter Infektion der Gallengänge und Complicationen (Carcinom, Adhaesionen, Peritonitis).

Weyert.

Vermischtes.

— S. Majestät der Kaiser hat dem Professor Virchow zum 80. Geburtstage durch die russische Botschaft in Berlin Seine persönlichen Glückwünsche ausdrücken und den Weissen Adlerorden überreichen lassen.

— Der Gouvernements-Medicinalinspector von Orel, Staatsrath Dr. Woischowski, ist zum Chef des Odessaer Quarantäne-Bezirks ernannt worden.

— Vor kurzem beging der berühmte Wiener Kliniker Prof. Dr. Hermann Nothnagel in aller Stille seinen 60. Geburtstag. Die Schüler und zahlreichen Verehrer Nothnagels aber liessen es sich nicht nehmen, ihrer Liebe und Dankbarkeit in einer deutlicheren Form Ausdruck zu geben. Es geschah dies am 13. October, in dem ein von Horwitz kunstvoll ausgeführtes Bildniss Nothnagel's der Klinik, als der Stätte seines ehrereichen Schaffens und Wirkens, übergeben wurde. Die Festrede hielt der Privatarzt Dr. von Kogerer.

(Prag. med. W.).

— Prof. Dr. R. Virchow ist von der Berliner ophthalmologischen Gesellschaft zum Ehrenmitgliede erwählt worden.

— Hofrath Prof. Dr. Drasche ist in den Ruhestand getreten in seiner Eigenschaft als Primärarzt des Wiener Allgemeinen Krankenhauses, an welchem er fast ein halbes Jahrhundert gewirkt und so manche später berühmt gewordene Aerzte, wie Niemeyer, Seitz, Mosler, zu seinen Schülern gehabt hat. Er ist bei seiner Pensionirung in den österreichischen Ritterstand erhoben worden.

— Die Vorlesungen über theoretische Chirurgie an der Warschauer Universität sind bis zur Besetzung des betreffenden vacanten Lehrstuhls dem Prof. extraord. Dr. S. N. Jaschtschinski interimistisch übertragen worden.

— Auf Verfügung des stellv. Odessaschen Stadthauptmanns ist, wie wir in den «Wed. Odess. Gradonatsch.» lesen, der stellv. Oberarzt der psychiatrischen Abtheilung des Odessaschen Stadthospitals Prof. extraord. der Charkower Universität Dr. Orschanski von der Leitung der genannten Abtheilung entfernt worden, weil er es zugelassen hat, dass ein Ordinator dieser Abtheilung, der auf Anordnung des Stadthauptmanns vom 23. Mai d. J. entlassen werden sollte, seine ärztliche Thätigkeit an der psychiatrischen Abtheilung fortgesetzt und seine Gage weiter bezogen hat.

— Wie dem «Wratsch» mitgetheilt wird, beabsichtigen die Collegen und die Verehrer des verst. Tomsker Professors der Chirurgie Erastus Ssalischtschew (s. Nekrolog S. 382 dieser Wochenschr.) auf seinem Grabe ein Denkmal zu errichten und bei der Tomsker Gesellschaft der Naturforscher und Aerzte deren Präsident der Hingeschiedene war, ein Capital auf seinen Namen zu stiften, über dessen Verwendung die genannte Gesellschaft zu entscheiden haben wird.

— Den älteren Aerzten: Dr. Karlow, vom Kreuzer I. Ranges «Swjetlana» und Dr. Sohrt, vom Kreuzer I. Ranges «Warjag», ist Allerhöchst gestattet worden, das ihnen verliehene Officierskreuz des französischen Ordens der Ehrenlegion anzunehmen und zu tragen.

— Verstorben: 1) In St. Petersburg der jüngere Arzt der Cavallerie-Reserve Nikolai Listow, welcher seit 1878 die Praxis ausgeübt hat. 2) Am 2. October hierselbst Dr. Michael Powarnin im 48. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher mehr als 20 Jahre als Arzt thätig gewesen ist, war einige Zeit auch Arzt an der hiesigen Paul-Militärschule. 3) In Charkow am 13. October die Aerztin Alexandra Popow an Apoplexie. Sie hat über 20 Jahre als Aerztin am örtlichen Krankenhause für Frauen und Kinder gewirkt. 4) In Norderney der ehemalige Director des dortigen Seehospizes der Kaiserin Friedrich, Dr. Rode, welcher sich während seiner zehnjährigen Thätigkeit an dieser Anstalt grosse Verdienste um dieselben erworben hat.

— Der Besitzer der ehemaligen «Knie'schen chirurgischen Heilanstalt», Dr. Modlinski, ist, wie die Moskauer Zeitungen melden, daraufhin verklagt worden, dass er an einem Patienten ohne dessen Einwilligung eine Operation vorgenommen hat. Die Verhandlung des Processes, welche ohne Theilnahme von Geschworenen stattfinden wird, ist auf den 15. November angesetzt. Als Experte werden die Proff. Djakonow, Neiding und Ssnegirew fungiren.

— Prof. A. Koshewnikow (Psychiater) hat neuerdings wieder 500 Rbl., mit seiner früheren Einzahlung zusammen jetzt also 1000 Rbl., zur Stiftung einer Prämie auf den Namen Prof. A. Bobrow's für chirurgische Arbeiten gespendet.

— Am 1. Januar 1902 begeht die Kaiserliche Leopoldinisch-Carolinische Academie der Naturforscher in Halle, die älteste wissenschaftliche Gesellschaft Deutschlands, das Fest ihres 250-jährigen Bestehens.

— Zur Bewerbung um die alle vier Jahre zur Vertheilung gelangende chirurgische Prämie auf den Namen des Professors Joh. Busch sind bei der militär-medicinischen Academie sechs Werke eingelaufen. Die diesmalige Prämiensumme beträgt 5900 Rbl., welche von der Conferenz der Academie entweder ungetheilt einem einzigen Werke, oder getheilt (in diesem Falle aber nicht weniger als 800 Rbl.) mehreren Werken zuerkannt werden können.

— Die Charkower medicinische Gesellschaft hat anlässlich des 80. Geburtstages ihres Ehrenmitgliedes Prof. R. Virchow eine Prämie auf seinen Namen bei der Gesellschaft gestiftet, welche alljährlich für die beste Arbeit in den Specialfächern des berühmten Gelehrten zur Vertheilung gelangen wird.

— Die Zulassung von Abiturienten der Realschulen zum Studium in der militär-medicinischen Academie ist, wie mehrere Tagesblätter berichten, neuerdings probeweise für die Zeit von fünf Jahren definitiv entschieden worden. Es haben sich die in die Academie eintretenden Realschul-Abiturienten nur einer Prüfung in der lateinischen Sprache zu unterziehen, und zwar gleich nach dem Eintritt oder während des ersten Studienjahres. Wird diese Prüfung im Laufe des ersten Jahres nicht bestanden, so werden die betreffenden Studenten von der Academie ausgeschlossen. Die Aufnahme von Realschul-Absolventen in die militär-medicinische Academie beginnt mit dem nächsten Lehrjahr.

— Vom Medicinalrath ist der Universität Jurjew (Dorpat) gestattet worden, ein Mal im Jahre Prüfungen auf den Grad eines Zahnarztes zu veranstalten.

— Der Verein zur Bekämpfung der Lepra in Kurland, welcher nach seinem Rechenschaftsbericht pro 1900 zum 1. Januar d. J. 490 Mitglieder zählte, hat im verflossenen Jahre im Asyl bei Talsen 32 Leprakranke (15 Männer und 17 Frauen) verpflegt, von denen 3 starben, 1 ausgeschlossen wurde und 2 die Anstalt ohne Erlaubniss verliessen. Im Asyl bei Tuckum betrug die Zahl der im J. 1900 verpflegten Kranken 22 (15 Männer und 7. Frauen), von denen 4 Männer starben Die Einnahmen des Vereins beliefen sich auf 8865 Rbl. 39 Kop., während sich die Ausgaben auf 8633 Rbl. 63 Kop. stellten.

Das Vereinsvermögen beziffert sich zur Zeit auf 16,846 Rbl. 82 Kop.

— An der Odessaer Universität studiren gegenwärtig 182 Personen Medicin, von denen dem ersten Cursus 82, dem zweiten 100 Studenten angehören.

— Die Russische Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit ist in das Haus Nr. 85 an der Moika übergesiedelt.

— In Moskau erfolgte am 13. October die Eröffnung des Asyls für unheilbare Kranke auf den Namen des Metropoliten Sergius, zu dessen Bau Frau E. S. Ljamin 500,000 Rbl. und ausserdem zum Unterhalt von 100 Kranken in demselben 300,000 Rbl. gespendet hat.

— Der militär-medicinischen Academie sind für 1901—1903 zur weiteren Vervollkommnung 56 Militärärzte zucommandirt worden, von denen 17 speciell mit der Feldchirurgie sich beschäftigen sollen.

(Her.)

— Die Moskauer chirurgische Gesellschaft zählte ihrem Jahresrechenschaftsberichte zufolge, im verflossenen Jahre 38 Mitglieder. Die Einnahmen betrugen 2000 Rbl. die Ausgaben nur 922 Rbl. Das Vermögen der Gesellschaft beziffert sich auf 13,777 Rbl.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 6. Oct. d. J. 8624 (16 mehr als in d. Vorw.), darunter 946 Typhus — (39 wen.), 922 Syphilis — (19 wen.), 394 Scharlach — (19 wen.), 155 Diphtherie — (3 mehr), 52 Masern — (0 mehr) und 2 Pockenkranke — (1 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 30. September bis 6. October 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
330	241	571	100	45	119	18	7	20	42	53	62	38	30	24	8	5

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 24, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 17, Scharlach 21, Diphtherie 23, Croup 1, Keuchhusten 5. Croupöse Lungenentzündung 15, Erysipelas 5, Grippe 8, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 68, Tuberculose anderer Organe 11, Alkoholismus und Delirium tremens 4. Lebensschwäche und Atrophia infantum 58, Marasmus senilis 17, Krankheiten der Verdauungsorgane 54, Todtgeborene 34.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 30. Oct. 1901.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 22. October 1901

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.



Ueberall zu haben. Broschüre und Analysen gratis und franco. Für H. H. Aerzte besondere Bezugbedingungen, Probeflaschen kostenfrei.
Verwaltung der kgl. Mineralbäder Kissingen und Bocklet.
Friedrich Hessing.

Hunyadi Janos ist ein Naturproduct dessen **abführende Wirkung** allgemein bekannt ist. Als Normaldosis genügt ½ Wasserglas voll.

SAXLEHNER'S BITTERWASSER
«HUNYADI JANOS-QUELLE»

Wir bitten auf die gedruckte **Portrait-Schutzmarke**, welche sich auf jeder Etiquette unseres echten Bitterwassers befindet, genau zu achten!

Eigenthümer: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST.
Zu haben bei den Droguisten und Apotheken.
Man verlange in den Niederlagen «Saxlehner's Bitterwasser».

(14) 26—16.

TANNALBIN (Knoll)

Erprobtes Darmadstringens und -Stypticum.
Geschmacklos, völlig unschädlich, stört den Appetit nicht.
Ind.: Diarrhöen aller Art, besonders der Kinder.

ICHTHALBIN (Knoll)

Geruch- und geschmackloses Ichthyoleiweiss.
Beste Form für innere Ichthyolanwendung, appetitanregend, ernährungsteigernd.
Ind.: Chron. bes. tubercul. Darmkrankheiten, Eczeme.

DIURETIN (Knoll)

Bewährtes Diureticum. Leicht löslich, keine Gewöhnung.
Ind.: Cardialer und renaler Hydrops, Angina pectoris.

KNOLL & Co, Ludwigshafen a. Rh.

Montreux.

Klimat. Kurort und Trauben-Kur am Genfer-See. Saison: Herbst, Winter, Frühjahr (August bis Mai). Erholungsbedürftige finden Zimmer und freundl Aufnahme in der Privat-Pension **Hoerschelmann, Montreux**, Villa Colombia (Bahnhof-Territet). Geschützte ruhige Lage, Zimmer nach dem Süden. Balcons, electr. Beleuchtung, Bäder. — Aussicht über den See und die Berge. 5 Min. vom Bahnhof-Territet und vom Kursaal umgeben von einem Garten, der in Terrassen an die See reicht. Schriftl. Auskünfte werden ertheilt. Vorherige Anmeldung erwünscht.

(113) 18—4.

Mikroskope Ernst Leitz

zu Fabrikpreisen empfiehlt **Moritz Goldberg**, St. Petersburg, Woskressenskaja № 11.

(33) 1—1.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins,

Kasnatscheiskaja 4, Wohn. 12.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege nothwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Krankenlager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Ольга Свѣтлова, Сергiевск. д. 17, кв. 19.

Frau **L. A. Bogoslawskaja**, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.

Frau **Catharine Michelson**, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Schwester **Const. Schmidt**, Петерб. ст. Матвѣевская ул. д. 9, кв. 20.

Frau **Marie Kubern**, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Frau **Gülzen**, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 10.

Produkte aus den natürlichen dem Wasser entzogenen Salzen

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Verdauung-befördernde Bonbons.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

zur Selbst-Bereitung des alkalisch-moussirenden Wassers.

Nervenanstalt zu Görlitz

(Preuss.-Schles.)

Offene Kuranstalt u. Pensionat für Nervenkranke.

Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Gemüthskranke.

Aerztliches Pädagogium für jugendliche Kranke.

Diese seit dem Jahre 1855 bestehende, mit den Fortschritten der Wissenschaft wie den Anforderungen der Zeit stetig weiterentwickelte Anstalt, inmitten grosser Gärten, an den anmuthigen Parkanlagen der Stadt gelegen, nimmt kranke Damen wie Herren auf und bietet neben dem Comfort der gebildeten Stände alle Hilfsmittel der Behandlung und Pflege von Kranken. Besondere Sorgfalt wird auf die Trennung der leichten resp. Nervenkranken von schweren Krankheitsformen, sowie auf die Theilnahme der Patienten am Familienleben und an regelmässiger Beschäftigung gewendet. Verschiedene getrennte Gebäude und einzelne kleine Villen gestatten jede mögliche Rücksicht auf individuelle Anforderungen und werden die ärztlichen Bemühungen durch ein zahlreiches gebildetes Beamtenpersonal unterstützt. — Für die in neuerer Zeit sich immer mehr häufenden **Fälle von Nerven- und Gemüthskranken im jugendlichen und kindlichen Alter** ist innerhalb der Anstalt ein methodisches **ärztliches Pädagogium** eingerichtet, in welchem eigene Lehrer für die hauptsächlichsten Lehrgegenstände — Gymnasial- und Realschulfächer — und ausserdem Instruktoren für Handfertigkeiten, mechanische, artistische und körperliche Uebungen angestellt sind, um regelmässigen Unterricht zu ertheilen und die geistige und sittliche Entwicklung der Zöglinge neben den Aerzten zu überwachen und zu fördern. Prospecte über die Heilanstalt wie das Pädagogium sind zu erhalten von **Dr. Kahlbaum.**

(126) 10—1.

„ICHTHYOL“ und „Ichthyol“-Verbindungen.

„Ichthyol“-Ammonium oder **Ammonium „sulfo-ichthyolicum“** wird von uns geliefert in Originalblechen zu 5 Ko., 1 Ko., 1/2 Ko., 1/4 Ko., 1/10 Ko, und in Originalflaschen zu 60 grm., 45 grm. und 30 grm.

„Ichthoform“ oder **Thiohydrocarbürum sulfonicum-formaldehydatum („Ichthyol“-Formaldehyd)**, vorzügliches Darm-Antiseptikum, von uns geliefert in Originalabpackungen zu 25 grm. und 50 grm.

„Ichthargan“ oder **Argentum thiohydrocarbüro-sulfonicum solubile („Ichthyol“-Silber)**, löslich in kaltem sowie warmem Wasser, 30 % Silber enthaltend, hervorragendstes Antigonorrhoikum, von uns geliefert in Originalfläschchen zu 10 grm.

„Ichthyol“-Calcium insolubile in Tabletten à 0,1 grm., geruch- und geschmacklos, kurzweg **„Ichthyol“-Tabletten** genannt, neue Form für interne Ichthyol-Darreichung, in Originalschachteln zu 50 Tabletten.

„Ferrichthol“ oder **„Ichthyol“-Eiseninsolubile**, enth. 3 1/2 % organ. gebund. Eisen, in Tabletten à 0,1 gr., geruch- und geschmacklos, indicirt bei Chlorose und Anaemie, in Originalschachteln zu 50 Tabletten.

„Metasol“ oder **Meta-Kresol-Anytol solubile**, enth. 40% Meta-Kresol, Desinfectionsmittel in der Chirurgie, in Originalabpackungen zu 50 grm

„Eucasol“ oder **Eucalyptol-Anytol solubile**, enth. 40% Eucalyptol, für zahnärztliche Verwendung, bei Stomatitis etc., in Originalabpackungen zu 50 grm.

Jod-„Anytol“ solubile, enth. 10% Jod, Ersatzmittel des Jodoforms, in Originalabpackungen zu 50 grm. von uns geliefert.

Wissenschaftliche Abhandlungen über vorstehende Präparate, welche ausschliesslich von uns allein hergestellt werden und deren Zeichen uns gesetzlich geschützt sind, versenden gratis und franko.

Ichthyol-Gesellschaft Cordes, Hermanni & Co. HAMBURG.

Natürliches

Marienbader Brunnensalz

in Glasflaschen à 125 und 250 gr. und Päckchen à 5 gr.

Indicationen:

Als Ersatz der Marienbader Quellen in allen Fällen, wo die Patienten Marienbad nicht selbst aufsuchen können. In diesem Falle ist das natürliche Marienbader Salz nicht nur das billigste, sondern auch das beste Ersatzmittel bei allgemeiner Verfettung. Verfettung der Leber, des Herzens. Obstipation. Plethora.

Zu haben in allen Apotheken, Mineralwasser- und Droguenhandlungen und direkt durch die Brunnen-Versendung in Marienbad (Böhmen).

(59) 17—12.

Organisches Eisen-Mangan-Albuminat Hertel
(HAEMATOGEN).

Ein eisenreiches Blutpräparat, welches das Eisen in organischer Verbindung enthält, bestes Kräftigungsmittel für Kinder und Erwachsene, erregt leicht den Appetit und befördert die Verdauung. Haematogen Hertel ist verkäuflich in der Apotheke in flüssiger und trockener Form, jedoch ist das flüssige Präparat, weil leichter vom Organismus aufgenommen, dem trockenen vorzuziehen.

Vor Nachahmung wird gewarnt.

(41) 3—4.

Meran, Südtyrol.

Saison: September bis Mai.

Dr. R. Binder

ordinirt wie seit Jahren.

Villa Gothensitz, Habsburgerstrasse.

(114) 4-3.

Gicht und alle Stoffwechselstörungen.

Bad Salzschlirf Bonifaciusbrunnen.

Petersburg: Stoll & Schmidt.

(19) 52—32.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Frau Hasenfuss Мал. Подъяческ. д. 41 кв. 15.

Dionin

Ersatz für Codein und Morphin, besonders bei Erkrankungen der Respirationsorgane.

Largin

höchstprocentige Silbereiweiss-Verbindung, ausgezeichnet für die Gonorrhoe- Wund- und Augentherapie.

Jodipin

bewährter Specificum bewährt bei Ersatz für Jodkalium bei tertiärer Lues; be- Asthma, Emphysem u. Skrofulose.

Stypticin

bewährtes Hämostaticum vorzügl. Mittel in der gynaekolog. und zahnärztlichen Praxis.

Tannoform

ausgezeichnetes Adstringens- und Antidiarrhoicum.

Bromipin

neues Sedativum, insbesondere gegen nervöse Zustände und Epilepsie zu empfehlen.

Diphtherieheilserum

staatlich geprüft, 500-fach und 1000-fach normal
Die reichhaltige Literatur gratis und franko:



chemische Fabrik — Darmstadt.

Sanatorium SAN REMO
Riviera
Leitender Arzt Dr. Curt Stern.
Heilanstalt für Lungen- und Halskranke.
Höchster Comfort, Liegehallen, sonniger staubfreier Garten, prachtvolle Aussicht aufs Meer. Prospecte durch die Administration gratis und franco.
(119) 4—4.

Fabrik chemisch-pharmaceutischer Producte

G. Hell & Comp., Troppau und Wien.

Acetopyrin.

Ein neues Antipyreticum und Antineuralgicum gegen Migraine, Neuralgien und Erkältungen, Specificum gegen Influenza, Gelenkrheumatismus und Gicht.
Dosirung; Täglich 6 Pulver à 0,5 bis 1 G am besten in Oblaten.

Siehe wissenschaftliche Abhandlungen:
1. **Dr. Winterberg, Wien** (Wiener klinische Wochenschrift Nr. 39 v. J. 1900).
2. **Dr. Frieser, Wien** (Medicin. chirurg. Centralblatt Nr. 15 v. J. 1901).
3. **Dr. Bolognesi, Paris** (Bulletin Général Therapeutique v, 30. März 1901).
4. **Dr. Laumonier. Paris** (Presse Médicale v. April 1901).
5. **Dr. Goldmann, Wien** (Allgem. Wiener Medicin. Zeitung Nr. 14 u. 15 v. J. 1901).

Honthin.

Ein neues vorzügliches Darmadstringens gegen alle Formen von Diarrhoen.
Dosirung: Säuglinge 0,3 G., Kinder 0,5 G, Erwachsene 1 G. täglich 4 bis 5 Mal.

Siehe wissenschaftliche Abhandlungen:
1. **Dr. Friedr. Rölbl, Wien** (Wiener Klin. Rundschau Nr. 25 v. J. 1900).
2. **Dr. J. W. Frieser, Wien** (Wiener Medicin. Blätter Nr. 29 v. J. 1900).
3. **Dr. Joseph Reichelt, Wien** (Wiener Klin. Wochenschr. Nr. 36 v. J. 1900).
4. **Dr. Tison, Paris** (Bulletin Officiel de la Société Medical des Practiciens Nr. 2 v. J. 1901).
5. **Dr. Goldmann, Wien** (Reichs-Medicinal-Anzeiger, Leipzig Nr. 9 v. J. 1901).
6. **Dr. Dan. Kolpaszky u. Dr. Sztankay** (Magyar Orvosi Arch. Nr. 6 v. J. 1900).

NB.: Literatur und Proben zu Versuchzwecken stehen den Herren Aerzten auf Wunsch gern zur Verfügung.

Zu beziehen durch

Stoll & Schmidt, St. Petersburg.

(117) 12—12.

Dr. Römpler's
Sanatorium für Lungenkranke
Gerbersdorf in Schlesien.
Sommer- und Winterkur.
(118) 6—5.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger** und **Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Dieser № liegt ein Prospect über «**Moos-Präparate**» bei.

Дозв. ценз. Спб., 20 Октября 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. Katharinenhofer Pr. № 15.



XXVI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

EDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

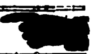
Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden abend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen ern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis e 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den ren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— rate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 43 St. Petersburg, (9. November) 27. October 1901

Dieser № liegt «№ 10 der Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften» bei. 

)er postluetische conjugale Nervenkrankheiten.

Von

H. Idelsohn.

rag, gehalten auf dem XIII. Livl. Aerztetage zu Riga.

Hochgeehrte Versammlung!

ɜr alte Streit über die Bedeutung der Lues für die ɔlogie der Tabes und progressiven Paralyse der ı ist für den grössten Theil der modernen Neurolo- in positivem Sinne entschieden. Immerhin giebt es gewichtige Stimmen, die der Lues jeglichen Werth ıetiologisches Moment absprechen, oder sie höchstens ıuslösenden Factor wollen gelten lassen. Während , Strümpell, Fournier, Moebius u. v. a. 90% von Lues in der Anamnese und Aetiologie ihrer ker und Paralytiker anzuführen haben, will Leyden statistischen Ergebnissen jeden Werth absprechen; nd seine Anhänger suchen die Ursache der Tabes heumatischen und traumatischen, auf das periphere ensystem gerichteten Schädlichkeiten, während für Paralyse von manchen Autoren psychische Momente, ithsbewegungen und Ueberanstrengung des Gehirns Jrsachen angegeben werden, wobei der Lues höchstens əscheidene Rolle des auslösenden Momentes (Charcot) ɛannt wird. Auf dem Moskauer Internat. Congress, lie Tabesaetiologie sehr eingehend behandelt wurde eine Einigung nicht erzielt werden konnte, äusserte . Benedikt seine Ansicht, nach der bei den Ta- n eine gewisse «bindegewebige Disposition» des Cen- ervensystems bestände, bei denen nun die Lues den ɔss zur bindegewebigen Degeneration des Rücken- es abgeben sollte. Die letztere Hypothese ist frei- durch nichts bewiesen; übrigens räumt auch sie ja Lues eine hervorragende Bedeutung ein. Nun ist in letzten Jahren das eigenthümliche Auftreten der s und Paralyse bei Ehegatten immer häufiger be- ıtet worden und ist das eine Thatsache, die nicht an sich sehr interessant und von grösser, prakti- · Wichtigkeit ist, sondern eine Erscheinung welche geeignet wäre die aetiologische Bedeutung der Lues ins rechte Licht zu setzen. Ich glaubte aus diesen Gründen eine gewisse Berechtigung herleiten zu dürfen, Ihnen etwas näheres über die Literatur dieser Frage und die Consequenzen die sich aus den zu erwähnenden Thatsachen ziehen lassen, mitzutheilen. Zugleich gestatten Sie mir Ihnen über vier von mir beobachtete analoge Fälle und einen mir vom Collegen H. Hildebrand (Mitau) in dankenswerther Weise überlassenen Fall in aller Kürze zu referiren. Schon 1863 hat Kjellberg einen Fall von Paralyse bei einem Ehepaar erwähnt und 1885 berichtete Voigt über eine Tabes bei beiden Ehegatten (cit. nach Moenkemoeller). Insbesondere aber hat sich Mendel mit dem Gegenstand beschäftigt; 1895 konnte er bereits auf eine Reihe von 20 Beobachtungen zurückblicken. Nächst ihm haben Erb, Moebius, Goldflam, Pearce, Treverlyan, Speyr, Turner und Strümpell kleinere casuistische Beiträge geliefert; eine grössere Arbeit über diese Frage von Moenkemoeller aus dem vorigen Jahre fügt noch 18 weitere Beobachtungen hinzu. Wenn ich die ungenügend beschriebenen und einige wenige mir nicht zugängliche Fälle fortlasse sowie meine 5 Fälle den bisher bekannten anreihe, so ergiebt sich im Ganzen die Zahl von 50 Fällen, deren Krankengeschichten meinen Ausführungen zu Grunde gelegt sind. Es handelt sich in den betreffenden Fällen um das gleichzeitige oder ungleichzeitige Auftreten von Tabes oder Paralyse bei den Ehegatten, um Tabes beim Manne und Paralyse bei der Frau oder umgekehrt, endlich in 3 von mir beobachteten Fällen von Tabes der Frau und höchstwahrscheinlich luetischer Hemiplegie beim Manne. In einem Falle handelte es sich um Pupillenstarre und Pupillendifferenz, Fehlen aller sonstigen aetiologischen Momente, wie Potus, Senium oder Herzfehler. Pat. erkrankte mit 21 Jahren, während seine Frau einen Abort gehabt hatte und seitdem steril ist. Im anderen Fall lag Paralyse des Mannes und Hemiplegie + Pupillenstarre der Frau vor, im dritten Falle Hemiplegie + Pupillenstarre und Opti-



cusatrophie beim Manne, Tabes bei der Frau. Die Bezeichnung «conjugale Nervenkrankheiten» ist daher verständlich, nur muss ich Sie bitten nachträglich den von mir angegebenen Titel — der mit dem Worte «postluetische» die Abhängigkoit von der Lues praejudicirt— um dieses Wort kürzen zu wollen, da ja der Causalnexus der erwähnten Erkrankungen mit der Lues gerade erst bewiesen werden müsste.

Eine statistische Bearbeitung des vorliegenden Materials ergiebt folgende Procentzahlen:

Paralyse bei beiden Ehegatten 47 pCt.
Paralyse beim Manne, Tabes bei der Frau 20 pCt.
Paralyse bei der Frau, Tabes beim Manne 13 pCt.
Tabes bei beiden Ehegatten 20 pCt.

Die Fälle von Tabes, resp. Paralyse einerseits und auf Lues suspecte Hemiplegieen andererseits, habe ich bei dieser Berechnung nicht berücksichtigt, weil die Zahl der publicirten Fälle zu gering ist im Verhältniss zu der zweifellosen Häufigkeit derselben. Es ist um so wichtiger letztere Beobachtung festzustellen, als gerade Fälle von Lues cerebri des einen Conjux die Annahme einer luetischen Grundlage der Tabes oder Paralyse des anderen Conjux zu festigen geeignet sind, wo derselbe die Lues negirt. Das Zusammentreffen von Paralyse und Tabes bei Ehegatten könnte bei der Häufigkeit dieser Erkrankungen vielleicht als Spiel des Zufalls gedeutet werden; doch lässt schon die Seltenheit der Tabes und gar erst die der Paralyse bei der Frau — einen gewissen innern Zusammenhang zwischen der Erkrankung des einen und anderen Conjux vermuthen und besonders auffällig ist gerade die hohe Zahl der conjugalen Paralysen, welche sich mit conjugaler Tabes combinirten. Auch das häufigere Auftreten der Tabes bei der Frau bei isolirter Erkrankung stimmt mit der häufigen conjugalen Tabes überein (40 pCt. weibliche Tabes in unseren Fällen). Ferner müssten, sollte das Zusammentreffen nur ein zufälliges sein, auch mal andere organische Nervenkrankheiten, wie z. B. Hemiplegieen, periphere Erkrankungen, Morbus Basedovii, Paralysis agitans etc. bei Ehegatten zur Beobachtung gelangen, was jedenfalls in dieser Häufigkeit bisher nicht bekannt geworden ist. Wir stehen also hier aller Wahrscheinlichkeit nach vor einer gesetzmässigen Erscheinung. Das beweisen auch die Details der Krankengeschichten. Der Mann erkrankt meist zuerst; die Frau wird vom gleichen Schicksal meist kurz vor dem Tode des Mannes ereilt. In einem Fall erkrankten beide Ehegatten an Paralyse und wurden am gleichen Tage der Irrenanstalt zugeführt; es konnte nachgewiesen werden, dass beide gleichzeitig luetisch inficirt worden waren. Die Frau erkrankte häufiger an Tabes, der Mann an Paralyse. In meinen Fällen hatten ein mal beide Ehegatten Tabes (Fall Hildebrands), bei beiden war Lues verausgegangen. Ein Mal hatte der Mann Paralyse; beim Ausbruch derselben traten bei der Frau Diplopie und lancinirende Schmerzen auf, welche bald zum Bilde der classischen Tabes ergänzt wurden. Einmal hatte die Frau Tabes, beim Manne (38 a. n.) bestand seit dem 21. Lebensjahr (1 Jahr nach der Hochzeit) eine rechtsseitige Hemiplegie + Pupillenstarre und Pupillendifferenz neben Demenz, im anderen Falle hatte die Frau Tabes und wurde solches von mir zufällig bemerkt als ich den hemiplegischen Mann besuchte; derselbe hatte eine Embolie der Art. centralis retinae, einseitige Opticusatrophie und Pupillenstarre. Endlich bestand ein Mal Paralyse des Mannes, darauf erfolgte eine passagere Hemiplegie der Frau mit Pupillenstarre. Bezüglich der Lues finde ich notirt:

Lues bei beiden Ehegatten 17 Mal.
» beim Manne, bei der Frau wahrscheinlich 11 Mal.
» bei beiden Ehegatten . . . . . . 8 »
» unbekannt oder negirt . . . . 14 »

Das Auftreten der conjugalen Tabes oder Paralyse i[st] in mehreren Beziehungen bemerkenswerth. Vor allem erscheint in den vorliegenden Fällen die Heredität i[n] der Reihe der aetiologischen Factoren ausgeschlossen, d[a] Heirathen unter nahen Verwandten selten sind und i[n] den vorliegenden Fällen mit der etwaigen Eventualität wohl kaum zu rechnen ist. Eher könnte man an die Bedeutung socialer Momente denken, deren Schädigungen die unter gleichen Verhältnissen lebenden Ehegatten treffen könnten.

Bekanntlich gilt ja, selbst bei den Anhängern der Erbschen Lehre die Meinung, dass ausser der Lues noch andere schädliche Einflüsse eintreten müssen, um den tabischen, resp. paralytischen Process auszulösen u. A. Berufsschädlichkeiten und rheumatische Noxen bei der Tabes, forcirte Inanspruchnahme der intellectuellen und emotionellen Sphäre bei der Paralyse. Noch mehr gewinnt eine solche Vermuthung für die Aetiologie der letzteren an Wahrscheinlichkeit, wenn man berücksichtigt, dass in 23 Fällen beide Ehegatten an Paralyse erkrankt waren; hier mögen also die gemeinsamen Sorgen und Schicksale für den Ausbruch der Erkrankung mit bestimmend gewesen sein; da der Mann ausserdem meist früher als die Frau erkrankte, so könnte man glauben, dass der gefüllte Leidenskelch der Frau durch die neue Sorge um den erkrankten Mann zum Ueberfliessen gebracht, und der beständige Anblick der furchtbaren Tragödie die theilnahmsvolle, bis dahin noch widerstandsfähig gebliebene Frau, nunmehr der Paralyse zugeführt habe. Immerhin glaube ich aber den Werth derartiger Einflüsse auf ein relativ geringes Maass reduciren z[u] dürfen. Beginnen wir mit der Tabes, so treffen do[ch] die Berufsschädlichkeiten bei den meist gut situirte[n] Patienten in erster Linie den Mann; höchstens wäre a[n] den Einfluss etwaiger sexueller Excesse des Ehepaare[s] zu denken — doch hat hier meist der Mann bereits vor dem Eintritt in die Ehe einen gewissen Vorsprung voraus. Die Tabes der Männer müsste demnach bei conjugaler Erkrankung häufiger sein als bei den Frauen; es käme noch der Umstand hinzu, dass der Mann — den schädigenden Einfluss sexueller Excesse auf das Rückenmark als erwiesen vorausgesetzt — davon mehr tangirt zu werden pflegt als die Frau. Nach den vorliegenden Zahlen ergiebt sich aber gerade eine Majorität der weiblichen Tabes. Die Theorie von der sexuellen Ueberanstrengung müsste hiernach bei den tabischen Frauen eine stärkere sexuelle Bethätigung annehmen, die ohne Betheiligung des anderen Conjux, also extranuptial geschehen sein müsste — dazu liegt nun in den allerwenigsten Fällen ein genügender Grund vor. Uebrigens findet die Theorie von der Bedeutung sexuelle[r] Excesse in der Aetiologie der Tabes nur wenige Anhänger; in der Arbeit von Motschutkowsky, die neuerdings für jene Annahme eintritt sind Angaben vorhanden, welche sich ebenso gut gegen dieselbe verwerthen liessen.

Bei der conjugalen Paralyse möchte ich, wie bei der Paralyse überhaupt dem psychischen Moment eine nur geringe Bedeutung einräumen Die Dorpater psychiatrische Klinik hat jährlich eine grosse Zahl von Paralytikern aufzunehmen, die ihr unmittelbar vom Pflug oder der groben Lastarbeit hinweg zugeführt werden. Auch würden die ev. Berufsschädlichkeiten die bei der Paralyse beschuldigt werden, vorzugsweise den Mann treffen, während die Frau verschont bliebe. Dass Gemüthsbewegungen allein Paralyse hervorzurufen vermögen ist wohl kaum anzunehmen; man denke nur wie viel Unglück eine Frau ertragen kann, ohne auch nur hysterisch zu werden, geschweige denn paralytisch!

So drängt denn alles auf die Annahme hin, dass die Lues der wichtigste, ja vielleicht einzige Factor sein

müsse, welcher für beide Theile verhängnissvoll geworden sei. Da es uns natürlich fern liegt an die Uebertragung der Tabes durch Contact, oder der Paralyse durch Induction zu denken, so bleibt nur die Möglichkeit einer Uebertragung der grundlegenden Disposition zur Erkrankung in der einen oder anderen Form offen — als Träger dieser Disposition muss das materielle, fixe luetische Gift erscheinen! Berücksichtigen wir in den 50 Fällen die erdrückende Majorität von erwiesener Lues bei beiden Ehegatten, ferner der Lues beim Manne oder der Frau, der 16 pCt. wahrscheinlicher Lues bei beiden Ehegatten, so bleiben nur 28 pCt. von unbekannter oder negirter Lues übrig. Ich brauche Ihnen meine Herren nicht auseinanderzusetzen, was man auf die Anamnese des beginnenden Paralytikers oder des schuldbewussten Conjux quoad Luem geben kann, wie häufig keine Spuren einer notorisch überstandenen Lues sich nachweisen lassen und wie leicht eine vor vielen, (20 und mehr) Jahren zurückdatirende leichte Ulceration vergessen sein kann — um den negativen Ausfall einer diesbezüglichen Fragestellung in den restirenden 28 pCt. zu erklären.

In meinen 5 Fällen ist Lues nur 1 Mal ausdrücklich für beide Conjuges angegeben (Tabes beider Ehegatten) sollte man deswegen an der Lues in den anderen Fällen zweifeln wo z. B. der Mann Pupillenstarre, Hemiplegie und Demenz, die Frau einen Abort gehabt hat und Sterilität + Tabes aufweist, oder wo die Opticusatrophie und thrombotische Hemiplegie des Mannes bei ähnlichen Erscheinungen von Tabes und Aborten der Frau den Verdacht einer conjugalen Lues fast zur Gewissheit erheben?

Die conjugalen Erkrankungen sprechen, wie ich glaube auch zu Gunsten anderer Annahmen. So erhellt aus ihnen die intime Verwandtschaft zwischen der Tabes und Paralyse; beide sind, wie v. Speyr bemerkt Geschwister, von einer Mutter, der Lues. Ferner legen sie den Gedanken an eine gewisse specifische Virulenz des luetischen Infectionsstoffes nahe, welcher, in seiner Wirkung verschieden einmal die Tabes oder Paralyse schafft, ein andermal das Centralnervensystem in mehr localisirter Weise trifft oder seine Zerstörungsarbeit auf die Haut, die inneren Organe oder das Knochensystem richtet. Es wären noch viele Fragen zu erledigen oder wenigstens zu berühren z. B. die eine — warum die Fälle conjugaler Nervenerkrankungen bei der Häufigkeit conjugaler Lues so relativ selten sind — doch gestattet es mir die kurz bemessene Zeit nicht darauf einzugehn — auch ist unser Wissen über diese Fragen noch sehr lückenhaft. Ich möchte daher schliessen und hierbei auf eine praktisch wichtige Consequenz Sie aufmerksam zu machen mir erlauben. Es kommen nämlich Frauen von Paralytikern nicht selten in die Lage, eine zweite Ehe einzugehn — hier ist doppelte Vorsicht geboten, da erstens die Frau nunmehr selbst erkranken oder den Mann inficiren kann, wobei letzterer an einer der Krankheit seines Vorgängers verwandten conjugalen Affection erkranken kann. In einem Fall von Mendel brachte eine Frau ihrem zweiten Mann eine Tabes in die Ehe, ich habe eine junge Frau mit Tabes nur mit Mühe von ihrem Vorhaben wieder zu heirathen abbringen können. Alle Klagen des bisher anscheinend gesund gebliebenen Conjux müssen ferner unter dem Gesichtspunkt einer etwaigen conjugalen Erkrankung des Centralnervensystems betrachtet und entsprechend beurtheilt werden — vielleicht würde es auch in einzelnen Fällen gelingen durch rechtzeitige Diagnosenstellung und sofortige specifische Therapie den Ausbruch einer Tabes oder Paralyse zu verhüten.

Indem ich Ihnen, meine Herren, für Ihre Aufmerksamkeit danke, bitte ich Sie mir noch einige Minuten Gehör schenken zu wollen. Ich bin in der Lage Ihnen einen recht seltenen Fall von tabischen Erscheinungen bei einem 6-jährigen Mädchen zu demonstriren. In der Literatur sind bisher ca. 8 solcher Fälle von Strümpell, Remak, Mendel, Bloch und neuerdings einem russischen Autor Didinski beschrieben worden. Die Mutter des Kindes ist vor 10 Jahren von ihrem Mann luetisch inficirt worden und sollte hier in Kemmern eine Schmiercur durchmachen. Der College Schönfeldt hatte die Güte mir die Kranke zu überweisen. Die Mutter gab an, ein todtgeborenes Kind und 4 lebende Kinder zur Welt gebracht zu haben; dieses sei das dritte und gesund, während die anderen an Infectionskrankheiten in den ersten 5 Jahren gestorben sein sollen. Es interessirte mich das angeblich ganz gesunde Kind, mir näher anzusehn; dabei erwies sich, dass das Kind differente und lichtstarre Pupillen hatte, was natürlich mein lebhaftes Interesse erweckte. Sie sehen hier ein gut genährtes, intelligentes Mädchen. Die rechte Pupille ist bedeutend grösser als die linke, auf Licht erfolgt keine Reaction, bei Convergenz eine ganz minimale rechts. Die Patellarreflexe fehlen beiderseits, an den unteren Extremitäten ist die Schmerzempfindung herabgesetzt, die Papillae nervi optici leicht hyperaemisch. Das Kind bietet keine Zeichen von hereditärer Lues, obgleich diese doch das einzige aetiologische Moment ausmacht; hier kann von Ueberanstrengungen, rheumatischen Schädlichkeiten oder gar sexuellen Excessen nicht die Rede sein.

Der Fall ist auch nach einer andern Richtung sehr bemerkenswerth. Wir sehen, dass ein Kind die classischen Symptome der Tabes haben kann, ohne auch nur die geringsten subjectiven oder der Mutter auffälligen objectiven Symptome zu bieten; auf eine suggestive Frage giebt letztere an, das Kind falle zuweilen beim Laufen um. — Das Kind erhält ebenso wie die Mutter Quecksilberinunctionen und verträgt sie sogar besser als diese. Der Vater des Kindes soll gesund sein, d. h. keine manifesten Symptome der Lues oder irgend welche nervösen Erscheinungen darbieten.

Referate.

De la Camp: Chinasäure und Gicht. (Münchener med. Wochenschrift Nr. 30).

Verfasser kommt auf Grund von Versuchen an 3 Patienten der Gerhardt'schen Klinik zu folgenden Schlusssätzen:

1) Die Chinasäure beeinflusst keineswegs regelmässig in erkennbarer Weise die Harnsäureausscheidung von Gesunden und Gichtikern bei gemischter Nahrung.

2) Eine erhebliche Hippursäurevermehrung ist stets nachweisbar.

3) Nach den bisherigen Erfahrungen scheint verminderte Harnsäureabscheidung im Harn durch Chinasäure viel mehr in den Fällen veranlasst zu werden, bei denen gleichzeitig eine bedeutende Menge harnsäurebildende Nahrung (Thymus) eingeführt wird, oder der Organismus ständig grosse Harnsäuremengen ausscheidet (Leukaemie).

4) Die an und für sich schon unklaren Verhältnisse von Harnsäure- und Hippursäurebildung, sowohl örtlicher wie reciproker Art, werden völlig unübersichtlich bei der menschlichen Gicht, weil hier die Rolle der Harnsäure unbekannt ist und zweitens Thier- und Reagensglasversuche nicht ohne Weiteres auf den menschlichen Organismus übertragen werden können.

5) Trotzdem scheinen die einstweilen allein maassgebenden klinischen Erfahrungen für die Chinasäure bei der Gichttherapie zu sprechen.

6) Chinasäure ist selbst in hohen Dosen (bis 30,0) unschädlich.

Ein empfehlenswerthes Präparat ist das chinasaure Urotropin, Chinotropin genannt, weil das Urotropin sich im menschlichen Organismus zersetzt und Formaldehyd bildet. Mit letzterem soll die Harnsäure leicht lösliche Verbindungen eingehen.

7) Insbesondere bei Harnconcrementen wäre das Chinotropin klinisch weiter zu prüfen.

Daneben räth Verfasser aber, die diätetische Behandlung und Behandlung mit kohlensauren Wässern in der Weise, wie sie jüngst von Klemperer empfohlen ist, nicht zu vernachlässigen.

Weyert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

K. v. Bardeleben und H. Haeckel. Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. Zweite völlig umgearbeitete und vermehrte Auflage. Jena. Verlag von Gustav Fischer 1901.)

Der aus I. Auflage bereits bekannte Atlas bringt in 171 meist farbigen Tafeln eine Fülle von Abbildungen der topographischen Verhältnisse im menschlichen Körper, die dasselbe dem Kliniker wie dem Anatomen zumal aber auch dem Studirenden unentbehrlich zum Studium erscheinen lassen.

Besonders verdient hervorgehoben zu werden, dass eine Reihe von Tafeln die Topographie des Centralnervensystems illustriren, die von Prof. Ziehen stammen und von ihm auch mit kurzen Erläuterungen versehen sind. Ebenso ist die Innervation der Haut- und Muskelgebiete durch farbige Darstellung sehr praegnant zur Anschauung gebracht. Endlich darf nicht unerwähnt bleiben, dass in besondern Tafeln auf den Verlauf der Lymphgefässe und die Vertheilung der Lymphdrüsen Rücksicht genommen ist.

Ucke.

Handbuch der Frauenkrankheiten von M. Hofmeier, o. ö. Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie in Würzburg. Zugleich als 13. Auflage des Handbuchs der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane von Karl Schroeder. Mit 182 Abbildungen im Text und 5 Tafeln. Leipzig, Verlag von J. C. W. Vogel, 1901.

Das allgemein bekannte und geschätzte Lehrbuch erscheint zum ersten Male unter dem Namen des Herausgebers. Seit dem Tode Schroeders hat sich vieles geändert und in dem Werke liegt so viel selbstständige Arbeit, das Hofmeier mit Recht dasselbe als seins ansehen kann. Wohl ist an vielen Stellen noch der alte Text erhalten, doch ist das ganze Werk entsprechend den Fortschritten der Medicin bedeutend umfangreicher geworden, da natürlich die neueste Literatur berücksichtigt ist. Näher auf den Inhalt einzugehen ist nicht möglich, es sei nur auf die neue Auflage hingewiesen, die ein classisches Bild von dem heutigen Stande der Gynäkologie liefert. Die Abbildungen sind vermehrt und vervollständigt worden.

Fr. Mühlen.

Entstehung und Bekämpfung der Lungentuberculose von Dr. Gotthold Pannwitz. Band 1. (Leipzig, Verlag von Georg Thieme 1901).

Im Vordergrunde des allgemeinen Interesses steht heut zu Tage die Tuberculose. Die Erforschung der Aetiologie dieser verheerenden Krankheit, sowie die Möglichkeit die Ausbreitung derselben einzudämmen haben zu vielseitiger energischer Arbeit und Discussionen Veranlassung gegeben. Koryphäen der Medicin, wie v. Leyden und viele Andere haben ihre ganze Kraft eingesetzt, um mit Wort und That zur erfolgreichen Bekämpfung dieser Volksseuche beizusteuern. So müssen wir denn das uns vorliegende verdienstvolle Werk, das auf Grund eines grossen statistischen Materiales aufgebaut worden ist, freudig begrüssen. Das Material entstammt einer in den deutschen Lungenheilstätten angestellten Sammelforschung, ausserdem aber noch der Mortalitätsstatistik für die letzten 40 Jahre der Lebensversicherungsgesellschaften «Victoria», sowie der «Preussischen Lebensversicherungsgesellschaft», insgesammt erstreckt sich die Statistik auf fast 4000 Personen. Der erste Band des vorliegenden Werkes umfasst die Verwerthung des Fragebogenmaterials und die methodische] Bearbeitung der einzelnen Enstehungsursachen der Lungentuberculose. Dank den zahlreichen Spezial- und Generaltabellen ist es dem Leser nebenan leicht gemacht worden, sich selbst ein Urtheil über die einzelnen Factoren der Tuberculoseaetiologie zu gründen. Die wissenschaftliche Verwerthung der Sammelforschung haben die geschätzten Autoren in den den Tabellen folgenden Kapiteln zusammengestellt. Wir können leider an dieser Stelle die einzelnen höchst interessanten Ergebnisse nicht anführen, möchten uns jedoch nicht versagen einige Momente hier hervorzuheben. Vor Allem die Frage nach der Hereditât und der Disposition zur Tuberculose: es erwies sich, dass unter 3295 sicher Tuberculösen nur in einer verschwindend kleinen Anzahl von Fällen eine directe hereditäre Belastung nachzuweisen war, ferner, dass bei 172 Fällen, bei denen durch anamnestiche Ermittellung das Vorkommen von Tuberculose bei den Eltern sicher gestellt worden war, niemals ein Zusammenleben der Patienten mit ihren Eltern zur Zeit der Tuberculose derselben stattgefunden hat. Ferner wäre hier die Thatsache anzuführen, dass in der überwiegenden Anzahl derjenigen Fälle, in welchen die Zeugung [von tuberculösen Eltern resp. das Zusammenleben mit denselben in der Kindheit stattfand, gleichzeitig der Factor des Aufwachsens der betreffenden Patienten unter den ungünstigsten unhygienischen sozialen Verhältnissen konstatirt worden ist; tuberculöse resp. scrophulös-tuberculöse Erkrankungen in der Kindheit wurden in solchen Fällen häufig festgestellt. Von grossem Interesse sind auch die Kapitel über die Beziehungen zwischen Skrophulose und Lungentuberculose, ferner «über die Entstehung und Uebertragung der Lungentuberculose in geschlossenen Räumen». Zum Schluss des ersten Bandes finden wir folgende 7 Thesen aufgestellt:

1. In nur sehr seltenen Fällen besteht die Lehre der strengen Kontagionisten zu Recht, dass der Tuberkelbacillus allein, ohne irgend mitwirkende Einflüsse, die Krankheit bedinge. Zu seiner Ansiedelung und Entwickelung gehört vielmehr eine bestimmte Beschaffenheit des menschlichen Körpers bezw. der Lungen. (Empfänglichkeit, Anlage, Disposition).

2. Es besteht eine ererbte oder in der Kindheit erworbene allgemeine Schwäche des Körpers. Bleibt eine derartige Minderwerthigkeit des Organismns bestehen, so genügt schon diese für die Ansiedelung und Entwickelung des Tuberkelbacillus.

3. Aus der ererbten oder in der Kindheit erworbenen allgemeinen Schwäche entwickelt sich vielfach das Krankheitsbild der «allgemeinen Scrophulose». Diese bildet einen besonders fruchtbaren Boden für den Tuberkelbacillus.

4. Auf dem Boden der ererbten oder erworbenen allgemeinen Schwäche bezw. allgemeinen Scrophulose entwickelt sich durch Einwanderung von Tuberkelbacillen in die Lymphdrüsen die «tuberculöse Skrophulose». Die in den Drüsen abgelagerten Tuberkelbacillen verbleiben daselbst mehr oder weniger lange Zeit in lebensfähigem Zustande und vermögen eventuell später die Lungentuberculose hervorzurufen.

5. Zur Entstehung der Lungentuberculose im späteren Alter auf Grund einer seit der Kindheit bestehenden Disposition bedarf es meist noch besonderer Bedingungen, welche die von aussen eindringenden Tuberkelbacillen befähigen, die krankhaften Veränderungen zu erzeugen. Diese Bedingungen sind entweder allgemeiner Natur (mangelhafte hygienische Lebensverhältnisse, schwächende Krankheiten, Alkoholismus etc. oder örtlicher Art (Schädigung der Lunge durch Berufsthätigkeit, Traumata, Krankheiten der Athmungsorgane etc.).

6. Unter den gleichen Bedingungen allgemeiner Natur oder örtlicher Art können in den Lymphdrüsen, abgelagerte Tuberkelbacillen mobilisirt werden und in die Lungen gelangen, um Lungentuberculose hervorzurufen («Infection von innen her»)

7, Zur Entstehung der Lungentuberculose beim Erwachsenen bedarf es aber keineswegs immer einer von der Kindheit her bestehenden Disposition. Es geben vielmehr sehr häufig auch im späteren Alter allgemein oder örtlich schwächende Einflüsse dem Tuberkelbacillus die Möglichkeit zu seiner Ansiedelung und Entwickelung.

Der zweite Theil des Werkes soll demnächst erscheinen; derselbe soll sich mit den auf der aetiologischen Kentniss beruhenden Abwehrmaassregeln beschäftigen, verspricht also recht interessant zu werden.

Die Ausstattung des Werkes ist eine vorzügliche. Der Preis des ersten Bandes beträgt 10 Mark.

Abelmann.

Vermischtes.

— Die Conferenz der militär-medicinischen Academie hat den Ober-Militär-Medicinalinspector, wirkl. Geheimrath Dr. A. Remmert, zum Ehrenmitgliede der Academie gewählt.

— Prof. Dr. R. Virchow ist anlässlich seines 80. Geburtstages von der Saratowschen physiko-medicinischen Gesellschaft und von der Wologdaschen medicinischen Gesellschaft zum Ehrenmitgliede erwählt worden.

— Vor Kurzem beging der ältere Arzt des Katharinen-Armenhauses in Moskau Dr. Nicephorus Strachow das 50-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit.

— Der bekannte Berliner Anatom Prof. Dr. Waldeyer, d. Z. Decan der medicinischen Facultät der Berliner Universität, befindet sich gegenwärtig in Amerika, wo er in der vorigen Woche von dem Präsidenten Roosevelt empfangen und ihm zu Ehren ein Empfang im Ackerbaudepartement veranstaltet wurde.

— Die Yale Universität in New Haven (Connecticut), welche in diesen Tagen ihr 200-jähriges Bestehen feierte, hat Waldeyer zum Ehrendoctor ernannt.

— Der Gouvernements-Medicinalinspector von Wjatka, Staatsrath Dr. Sprenshin, ist zum Gouvernements-Medicinalinspector von Orel ernannt worden.

— Die St. Petersburger Stadtduma hat in ihrer letzten Sitzung eine Jahres-Pension von 2640 Rbl. für den ehemaligen langjährigen Oberarzt des städtischen Irrenhospitals des heil. Nikolai des Wunderthäters, Dr. O. A. Tschetschott, bewilligt. Zugleich wurde Dr. Tsch. einstimmig zum berathenden Mitglied der städtischen Hospitalcommission gewählt.

— Zum Arzt für Aufträge V. Classe bei der Militär-Medicinalverwaltung des Kaukasischen Militärbezirks ist, an Stelle des seiner Bitte gemäss verabschiedeten wirkl. Staatsrath Dr. Pantjuchow, der bisherige ältere Geschäftsführer dieser Verwaltung, Staatsrath Dr. A. Böttcher, ernannt worden.

— Am 13/26. October beging der bekannte Director der Universitätsaugenklinik zu Leipzig Prof. Dr. Sattler, sein 25-jähriges Professorenjubiläum.

— Wie mehrere Tagesblätter erfahren haben, ist an Stelle des verst. Prof. Nencki die Aerztin N. Sieber-Schumow mit der Leitung der Abtheilung für biologische Chemie im Institut für Experimental-Medicin temporär betraut worden.

— Der als Fachschriftsteller und gesuchter Operateur bekannte Prof. Weinlechner giebt seine Stellung als Vorstand der I. chirurgischen Abtheilung am Wiener Allgemeinen Krankenhause, an welchem er 33 Jahre thätig ist, demnächst auf. Prof. W. zählt bereits 72 Jahre, erfreut sich aber noch einer staunenswerthen körperlichen und geistigen Frische.

— Verstorben: 1) Am 18. October in Fellin (Livland) der dortige freiprakticirende Arzt Nikolai Sörd im Alter von 40 Jahren. Der Verstorbene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1880—85 studirte. Nach Erlangung des Arztgrades liess er sich als praktischer Arzt in Fellin nieder. 2) In Samarkand der Gebietsarzt des Samarkand-Gebiets Staatsrath Adam Morawicki, welcher seit 1872 die ärztliche Praxis ausgeübt hat. 3) In Riga der frühere städtische Sanitätsarzt von Irkutsk Dr. Nikolai Feldhuhn an Morbus Brightii. Der Hingeschiedene war ein Schüler der Moskauer Universität, welche er i. J. 1885 mit dem Arztgrade absolvirte. Seit 1892 fungirte er als Saniätsarzt und Armenarzt in Irkutsk, bis ihn sein zerrütteter Gesundheitszustand vor einigen Monaten zwang, Heilung in einem milderen Klima zu suchen. 4) Am 13/26. October in Berlin Prof. extraord. Dr. Arthur König, Vorstand der physikalischen Abtheilung des Berliner physiolischen Instituts, im 46. Lebensjahre. K. ist vielfach literärisch thätig gewesen, namentlich auf dem Gebiet der Physiologie der Sinnesorgane und speciell dem der physiologischen Optik.

— Die bisherige Abtheilung für Augenkranke an der Charité in Berlin ist nun eingerichtet und nunmehr zu einer selbstständigen Universitätsklinik erhoben worden. Der bisherige dirigirende Arzt der Abtheilung Docent Prof. Dr Richard Greeff ist gleichzeitig zum ausserordentlichen Professor ernannt.

(Allg. med. C.-Ztg.)

— Zum Nachfolger des verstorbenen Directors der Universitäts-Ohrenklinik in Giessen Prof. Steinbrügge's ist der Privatdocent Dr. Leutert in Königsberg berufen worden.

— Der Professor extraord. der Augenheilkunde an der Universität Freiburg Dr. M. Knies hat seine Lehrthätigkeit aufgegeben und wird sich ganz der Privatpraxis widmen. Der Grund seines Rücktritts vom Lehramt dürfte, wie die Allg. med. C.-Ztg. meint, in seiner allerdings auffälligen Uebergehung bei der Neubesetzung des durch die Pensionirung des Prof. Manz vacanten ophthalmologischen Ordinariats zu suchen sein.

— Am 22. October fand hier die Grundsteinlegung des Kinderhospitals zum Andenken an die Krönung Ihrer Kaiserlichen Majestäten statt. Das neue Hospital, welches neben den Kasernen des Moskauschen Leibregiments im Pavillonsystem erbaut wird, ist für 400 Betten berechnet. Die Kosten des Baues sind auf 1,700,000 Rbl. veranschlagt, welche aus den Mitteln der Stadt angewiesen sind.

— Die unzähligen Adressen, Glückwunschschreiben, Votivtafeln, Bilder etc., welche Prof. Virchow zum 80. Geburtstage von Staatsregierungen, wissenschaftlichen Institutionen, medicinischen und anderen wissenschaftlichen Vereinen und Privatpersonen dargebracht wurden, sind im Berliner Kunstgewerbemuseum ausgestellt gewesen. Die meisten Adressen hat Virchow wohl aus Oesterreich erhalten — nicht weniger als 114 künstlerisch ausgestattete Blätter. Zur Aufbewahrung der Adressen haben die Oesterreicher ein werthvolles Pult aus Ebenholz und Onyx mit kostbaren vergoldeten Bronzefiguren geliefert.

— Es hat sich ein Comité, zu welchen die Kliniker Erb, Gerhardt, Jolly, Kussmaul, Nothnagel, Liebermeister u. a. gehören, gebildet, welches einen Aufruf zur Errichtung eines Denkmals für den verst. Berühmten Kliniker Prof. Griesinger in der neuen Klinik für Nerven- und Geisteskrankheiten in der Berliner Charité erlässt. Die Beiträge sind an den Stabsarzt Dr. Buttersack (Berlin W. 57, Potsdamerstrasse 64 I) einzusenden.

— Die Examina vor den staatlichen medicinischen Prüfungscommissionen sind jetzt an allen Universitäten des Reiches beendigt. An der Moskauer Universität hatten sich zum med. Staatsexamen 269 Candidaten gemeldet, von denen aber 3 zu den Prüfungen nicht erschienen waren und 2 die Prüfungen nicht beendet haben. Von den 264 Geprüften erlangten 240 den Arztgrad, (darunter 46 cum laude) und 24 Frauen mit Diplomen ausländischer Universitäten den Grad einer Aerztin. — An der Kiewer Universität erhielten von den 112 Personen, welche sich gemeldet hatten, den Arztgrad 97 Personen (darunter 16 cum laude), den einer Aerztin 2 Personen, während 10 Personen gestattet wurde, sich nach einem Jahre einer neuen Prüfung zu unterziehen, 1 Person das Examen nicht bestand und 2 zurückgetreten waren. — Bei der medicinischen Prüfungscommission an der Charkower Universität bestanden 114 Personen das Arztexamen, und zwar 19 von ihnen mit Auszeichnung. Unter den Examinanden befanden sich auch 12 Frauen mit ausländischen Diplomen. Von den Diplomirten sind 45 Hebräer. — In Kasan haben von 109 Personen (darunter 25 Doctoren ausländischer Universitäten) 92 Männer (darunter 45 cum laude) und 16 Frauen die Examina vor der medicinischen Prüfungscommission bestanden. Einer musste das Examen wegen Krankheit unterbrechen.

— Die Russische pharmaceutische Gesellschaft in Moskau, hat die Genehmigung erhalten am 23. November d. J. eine Jubiläumsfeier anlässlich der vor 200 Jahren erfolgten Eröffnung der ersten freien Apotheke in Russland (in Moskau) zu veranstalten.

— Im Hinblik darauf, dass der Bau des Moskauer städtischen Sanatoriums auf dem Stadtgute Tichwinskoje bereits in Angriff genommen ist, soll der Oberarzt des Sanatoriums vom nächsten Jahre ab eine Jahresgage von 3600 Rbl. beziehen.

— Ausser dem jungen Mädchen, welches vor Kurzem hier an Malleus verstarb, ist neuerdings ein hiesiger, am Sagorodny Prospekt wohnender Strumpfwirker Pewsner ein Opfer dieser Krankheit geworden. Wie verlautet, ist an verschiedenen Stellen der Stadt die Rotzkrankheit an Pferden constatirt worden.

— Pestnachrichten. Von der Allerhöchst eingesetzten Commission zur Verhütung der Pest wird mitgetheilt, dass am 14. October in Batum ein örtlicher Einwohner unter pestverdächtigen Symptomen gestorben ist und dass später noch ein Kranker gefunden wurde, der am 9. October mit Schwellung der Leistendrüsen bei wechselnder Temperatur erkrankt war, gegenwärtig sich aber bereits auf dem Wege zur Genesung befindet. Obschon die Untersuchung der Leiche des Verstorbenen nur eine schwere septische Erkrankung mit Entzündung der Leistendrüsen ergeben hat und die bisherigen Resultate der Untersuchung keine Veranlassung geben, im gegebenen Falle eine Erkrankung an der Pest anzunehmen, so sind doch alle erforderlichen Vorbeugungsmassregeln getroffen worden, namentlich ist auch eine Besichtigung aller aus- und einlaufenden Schiffe im Hafen von Batum und die Beaufsichtigung aller per Bahn aus Batum abreisenden Personen angeordnet worden. Zu diesem Behuf ist der Bestand der Aerzte vermehrt worden und zugleich den örtlichen Aerzten ein Vorrath des Yersin'schen Serums und Chawkin'scher Lymphe zur Verfügung gestellt worden. — In Glasgow ist die Zahl der Pesterkrankungen auf 5 gestiegen. — Aus Liverpool wird berichtet, dass ausser den amtlich bekannt gegebenen zwei Todesfällen an der Pest noch 2 bis 4 Todesfälle verdächtigen Charakters vorgekommen sind. Im Ganzen befinden sich gegenwärtig 10 Personen in Isolirung.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 13. Oct. d. J. 8758 (137 mehr als in d. Vorw.), darunter 908 Typhus — (38 wen.), 918 Syphilis — (4 wen.), 390 Scharlach — (4 wen.), 218 Diphtherie — (63 mehr), 58 Masern — (6 mehr) und 4 Pockenkranke — (2 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 7. bis zum 13. October 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
327	267	594	94	48	114	14	8	30	47	54	49	49	40	34	11	2

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 34, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 26, Scharlach 17, Diphtherie 36, Croup 3, Keuchhusten 11, Croupöse Lungenentzündung 14, Erysipelas 3, Grippe 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrh[illegible] matismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax [illegible] Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie [illegible] Tuberculose der Lungen 74, Tuberculose anderer Organe [illegible] Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche u[illegible] Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 27, Krankheiten d[illegible] Verdauungsorgane 59, Todtgeborene 39.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 30. Oct. 1901.

Tagesordnung: F. Weber: Ueber acute Osteomyelitis der Wirbelsäule.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 19. November 1901.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

ANNONCEN JEDER ART werden in der **Buchhandlung** von **K. L. RICKER** in St. Petersburg, Nevsky-Pr. 14, sowie in allen in- und ausländ. Annoncen-Comptoiren angenommen.





Hunyadi Janos ist ein Naturproduct dessen **abführende Wirkung** allgemein bekannt ist. Als Normaldosis genügt ½ Wasserglas voll.

SAXLEHNER'S BITTERWASSER
«HUNYADI JANOS-QUELLE»

Wir bitten auf die gedruckte Portrait-Schutzmarke, welche sich auf jeder Etiquette unseres echten Bitterwassers befindet, genau zu achten!

Eigenthümer: ANDREAS SAXLEHNER, BUDAPEST.
Zu haben bei den Droguisten und Apotheken.
Man verlange in den Niederlagen «Saxlehner's Bitterwasser».

(14) 26—16.

TANNALBIN (Knoll)

Erprobtes Darmadstringens und -Stypticum.
Geschmacklos, völlig unschädlich, stört den Appetit nicht.
Ind.: Diarrhöen aller Art, besonders der Kinder.

ICHTHALBIN (Knoll)

Geruch- und geschmackloses Ichthyoleiweiss.
Beste Form für innere Ichthyolanwendung, appetitanregend, ernährungsteigernd.
Ind.: Chron. bes. tubercul. Darmkrankheiten, Eczeme.

DIURETIN (Knoll)

Bewährtes Diureticum. Leicht löslich, keine Gewöhnung.
Ind.: Cardialer und renaler Hydrops, Angina pectoris.

KNOLL & Co, Ludwigshafen a. Rh.

Montreux.

Klimat. Kurort und Trauben-Kur am Genfer-See. Saison: Herbst, Winter, Frühjahr (August bis Mai). Erholungsbedürftige finden Zimmer und freundl Aufnahme in der Privat-Pension **Hoerschelmann, Montreux**, Villa Colombia (Bahnhof - Territet). Geschützte ruhige Lage, Zimmer nach dem Süden. Balcons, electr. Beleuchtung, Bäder. — Aussicht über den See und die Berge. 5 Min. vom Bahnhof - Territet und vom Kursaal umgeben von einem Garten, der in Terrassen an die See reicht. Schriftl. Auskünfte werden ertheilt. Vorherige Anmeldung erwünscht. (113) 18—4.

Mikroskope Ernst Leitz

zu Fabrikpreisen empfiehlt **Moritz Goldberg**, St. Petersburg, Woskressenskaja № 11. (33) 1—1.

Das Krankenutensilienlager des St. Petersburger Samariter-Vereins,

Kasnatscheiskaja 4, Wohn. 12.

verleiht auf Empfehlung eines Arztes oder eines Mitgliedes des Vereins alle zur Krankenpflege nothwendigen Gegenstände wie: Rollstühle, Wassermatratzen, Tragbahren, Krücken, Wannen, Eisbeutel, Irrigatore etc.

Das Krankenlager ist täglich v. 10 bis 5 Uhr (an Sonntagen v. 12 bis 2) geöffnet.

Die Verwalterin ist Dienstags und Freitags von 2—3 Uhr daselbst zu sprechen.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.
Ольга Свѣтлова, Сергіевск. д. 17, кв. 19.
Frau **L. A. Bogoslawskaja**, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.
Frau **Catharine Michelson**, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Schwester **Const. Schmidt**, Петерб. ст. Матвѣевская ул. д. 9, кв. 20.
Frau **Marie Kubern**, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.
Frau **Gülzen**, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 10.

Dionin

Ersatz für Codein und Morphin, besonders bei Erkrankungen der Respirationsorgane.

Largin

höchstprocentige Silbereiweiss-Verbindung, ausgezeichnet für die Gonorrhoe- Wund- und Augentherapie.

Jodipin

bewährter Ersatz für Jodkalium Specificum bei tertiärer Lues; bewährt bei Asthma, Emphysem u Skrofulose.

Stypticin

bewährtes Hämostaticum vorzügl. Mittel in der gynaekolog. und zahnärztlichen Praxis.

Tannoform

ausgezeichnetes Adstringens- und Antidiarrhoicum.

Bromipin

neues Sedativum, insbesondere gegen nervöse Zustände und Epilepsie zu empfehlen.

Diphtherieheilserum

staatlich geprüft, 500-fach und 1000-fach normal.

Die reichhaltige Literatur gratis und franko.



chemische Fabrik — Darmstadt.

Sanatorium **SAN REMO**
Riviera.
Leitender Arzt Dr. Curt Stern.
Heilanstalt für Lungen- und Halskranke.
Höchster Comfort, Liegehallen, sonniger staubfreier Garten, prachtvolle Aussicht aufs Meer. Prospecte durch die Administration gratis und franco. (119) 4—4.

Fabrik chemisch-pharmaceutischer Producte

G. Hell & Comp., Troppau und Wien.

Acetopyrin.

Ein neues Antipyreticum und Antineuralgicum gegen Migraine, Neuralgien und Erkältungen, Specificum gegen Influenza, Gelenkrheumatismus und Gicht.

Dosirung; Täglich 6 Pulver à 0,5 bis 1 G am besten in Oblaten.

Siehe wissenschaftliche Abhandlungen:

1. **Dr. Winterberg, Wien** (Wiener klinische Wochenschrift Nr. 39 v. J. 1900).
2. **Dr. Frieser, Wien** (Medicin. chirurg. Centralblatt Nr. 15 v. J. 1901).
3. **Dr. Bolognesi, Paris** (Bulletin Général Therapeutique v, 30. März 1901).
4. **Dr. Laumonier, Paris** (Presse Médicale v. April 1901).
5. **Dr. Goldmann, Wien** (Allgem. Wiener Medicin. Zeitung Nr. 14 u. 15 v. J. 1901).

Honthin.

Ein neues vorzügliches Darmadstringens gegen alle Formen von Diarrhoen.

Dosirung: Säuglinge 0,3 G., Kinder 0,5 G., Erwachsene 1 G. täglich 4 bis 5 Mal.

Siehe wissenschaftliche Abhandlungen:

1. **Dr. Friedr. Rölbl, Wien** (Wiener Klin. Rundschau Nr. 25 v. J. 1900).
2. **Dr. J. W. Frieser, Wien** (Wiener Medicin. Blätter Nr. 29 v. J. 1900).
3. **Dr. Joseph Reichelt, Wien** (Wiener Klin. Wochenschr. Nr. 36 v. J. 1900).
4. **Dr. Tison, Paris** (Bulletin Officiel de la Société Medical des Practiciens Nr. 2 v. J. 1901).
5. **Dr. Goldmann, Wien** (Reichs-Medicinal-Anzeiger, Leipzig Nr. 9 v. J. 1901).
6. **Dr. Dan. Kolpassky u. Dr. Sztankay** (Magyar Orvosi Arch. Nr. 6 v. J. 1900).

NB.: Literatur und Proben zu Versuchzwecken stehen den Herren Aerzten auf Wunsch gern zur Verfügung.

Zu beziehen durch

Stoll & Schmidt, St. Petersburg.

(117) 12—12.

Dr. Römpler's
Sanatorium für Lungenkranke
Gerbersdorf in Schlesien.
Sommer- und Winterkur.
(118) 6—4.

Mikroskope Ernst Leitz

zu Fabrikpreisen empfiehlt **Moritz Goldberg**, St. Petersburg, Woskressenskaja № 11. (33) 1—1.

Дозв. ценз. Спб., 13 Октября 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 42 St. Petersburg, (2. November) 20. October 1901

Ueber die Frühsymptome und die heutige Behandlung der tuberculösen Wirbelentzündung.

Von
Dr. med. J. Brennsohn.
in Mitau.

(Vortrag, gehalten auf dem XIII. Livl. Aerztetage zu Riga.)

Meine Herren! Wie auf allen Gebieten der Medicin neues frisches Leben pulsirt, so ist auch die Orthopädie in den letzten Decennien zu einer Entwickelung gelangt, die bereits gegenwärtig Bedeutendes leistet und für die Zukunft noch Grösseres verspricht. Im Jahre 1890 zeigte ich in einer kleinen Arbeit[1]), welchen Stand die Therapie der Scoliose damals einnahm; heute, meine Herren, will ich mir erlauben, Ihnen in kurzen Zügen die gegenwärtige Behandlung der tuberculösen Wirbelentzündung vor Augen zu führen. So wie sich unser Auge geübt hat, frühzeitig die Asymmetrie des Thorax zu erkennen und in derselben die Anfänge der Scoliose festzustellen, so dass dieselbe frühzeitig zur geeigneten Behandlung gelangt und schwere Formen von Scoliose, wenigstens in den bessern Familien, seltener geworden sind, so soll es auch ausser Bestreben sein, frühzeitig die Anfänge der tuberculösen Wirbelentzündung zu erkennen um die davon Betroffenen von schwerem Leid, langem Siechthum und entstellender Deformität nach Möglichkeit zu beschützen. Zwei Symptome sind es vor Allem, die eine frühzeitige Diagnose «Spondylitis» ermöglichen: Schmerzen eigenthümlicher Art und gewisse Stellungen, sog. Contracturstellungen des Rumpfes. Diese beide Erscheinungen sind bereits zu einer Zeit da, wo eine Gibbusbildung noch nicht vorhanden ist, wo die regelmässige Reihe der Processus spinosi noch keinerlei Abweichung erfahren hat. Freilich werden die Schmerzen oft missdeutet, weil sie nicht am locus morbi geklagt, sondern als ausstrahlende in entfernte Körpergegenden verlegt werden. So klagen die Kinder bei Erkrankung der Brustwirbel über Gürtelschmerzen, über Schmerzen in der Brust, weil dieselben, dem Laufe der nervi intercostales folgend, vorn empfunden werden. Die häufigste Klage bei beginnender Spondylitis ist die über unmotivirtes Bauchweh. Wie oft werden die Kinder mit allen möglichen Darmmitteln vergebens behandelt, bis eines Tages zum Schrecken des Arztes und der Eltern ein Wirbel prominent geworden ist. Schmerzen am Processus mastoideus, die sich nicht durch ein Ohrenleiden erklären lassen und zum Hinterhaupt und zur Schulter ausstrahlen, erwecken den Verdacht auf eine beginnende Affection der Halswirbel. Auch in die Spitze des Penis und in die Blase strahlen die Schmerzen aus, so dass nicht selten an Blasenstein gedacht wird. Schmerzen in den untern Extremitäten veranlasste zur Diagnose — Rheumatismus und Neuralgie; ähnliche pseudoneuralgische Schmerzen treten auch in den Armen auf. Der Charakter der Schmerzen wird jedoch auf ihren Ursprung hinzuweisen vermögen. Sie werden durch alle Bewegungen verstärkt, namentlich durch alle Exspirationsbewegungen, wie Niesen, Schnauben, Husten, Lachen; ferner treten sie Nachts in der Art, wie bei der Coxitis auf. Das Kind geht ohne wesentliche Beschwerden zu Bett; im festen Schlaf aber, wo alle willkürlichen Rumpfhaltungen, die das Kind während des Tages, um die kranke Wirbelsäule zu schonen, einnimmt, erschlaffen, tritt plötzlich durch die Bewegungen eine Berührung der erkrankten Partien ein und das Kind fährt mit einem durchdringenden Schrei aus dem Schlafe auf. Auf diese nächtlichen Schmerzen ist ganz besonderes Gewicht zu legen. Ganz kleine Kinder die noch nicht sprechen können, zeigen einen leidenden Ausdruck des Gesichts, schreien beim Anfassen, bei allen Bewegungen, die man mit ihnen vornimmt, beim Waschen, Baden u. s. w. Erwachsene geben den Schmerz als einen zwar nicht sehr heftigen, aber als einen durch seine anhaltende Dauer quälenden an, der in der Tiefe empfunden und mit dem Pulsschlage und nach den Mahlzeiten ver-

[1]) Ueber den heutigen Stand der Scoliosentherapie — St. Petersburger med. Wochenschr. 1890 № 1.

stärkt wird. — Haben nun die eigenthümlichen Schmerzen auf eine mögliche Erkrankung der Wirbelsäule hingewiesen, so ist eine vollständige Entblössung des Rückens zur Untersuchung eine conditio sine qua non, denn nur bei sorgfältiger Beobachtung des ganzen Rückens wird man das zweite Hauptsymptom feststellen können, welches schon allein, auch wenn Schmerzen noch nicht vorhergegangen sein sollten, die Diagnose der Spondylitis ermöglicht. Es ist dies eine Contracturstellung des Rumpfes entsprechend den Contracturstellungen der Hüfte bei Coxitis, indem die erkrankten Wirbel durch Muskelcontraction fixirt und auf solche Weise möglichst entlastet werden. Die Haltung des Kranken gewinnt dadurch etwas Steifes, Starres; er führt seine Bewegungen mit möglichst festgestellter Wirbelsäule aus. Die Haltung eines Kranken mit beginnender Spondylitis der Halswirbel hat etwas besonders Auffallendes; wenn er sich umsehn will, dreht er Hals und Kopf zugleich nach der betreffenden Seite, Kopf und Rumpf bilden scheinbar ein unbewegliches Ganzes; dabei wird der Kopf manchmal zur Seite geneigt gehalten, wie bei einer Torticollis. Bei der beginnenden Spondylitis der Brustwirbel beobachten wir eine ängstlich starre gerade Haltung des Rumpfes, zuweilen sogar, wenn es sich um eine Erkrankung der seitlichen Partien der Wirbelkörper handelt, eine seitliche Abweichung der Wirbelsäule mit Höherstand einer Schulter, wie bei einer Scoliose. Bei der Spondylitis der Lendenwirbel halten die Patienten den Rumpf stark nach hinten übergebeugt, um die erkrankten Lendenwirbelkörper zu entlasten. Auch auf eine rasch eintretende Müdigkeit der Kinder und Aufstützen des Kopfes mit beiden Händen oder Stützen der Hände auf die Oberschenkel ist zu achten.

Ist nun die Aufmerksamkeit auf den Kranken durch seine auffallende Haltung gelenkt worden und fehlen noch Schmerzen, so können dieselben zur Sicherstellung der Diagnose am locus morbi leicht hervorgerufen werden durch leichtes Beklopfen der Processus spinosi, durch Ueberfahren einer Schwammelektrode — der Anode des constanten Stroms über die Reihe der Dornfortsätze oder Ueberfahren mit einem in heisses Wasser getauchten Schwamm. Bei allen diesen Manipulationen entsteht an der Stelle der erkrankten Wirbel eine Schmerzempfindung. Beugen sich die Patienten nach vorn, so sieht man, wie die Wirbel der erkrankten Partie fixirt bleiben und sich an der Beugung der Wirbelsäule nicht mitbetheiligen. Wenn man alles dieses sorgfältig erwägt, wird man frühzeitig die richtige Diagnose zu stellen im Stande sein. Man wird auch differential-diagnostische Erwägungen anstellen müssen. Bei beginnender Scoliose klagen die Kinder oft über Schmerzen am Rücken, namentlich über Stiche am Schulterblatt und an der Lende. Diese Schmerzen pflegen durch eine leichte Rückengymnastik bald zum Schwinden gebracht zu werden. Andererseits kommt es leider vor, dass diejenige Form der beginnenden Spondylitis, die sich an den Seitenpartien der Wirbelkörper etablirt, für eine Scoliose gehalten und Rückengymnastik verordnet wird, wodurch die spondylitischen Schmerzen bedeutend gesteigert werden. Auch sog. Wachsthumsschmerzen sind zu berücksichtigen. Ferner ist an eine Rheumarthritis der kleinen Wirbelgelenke zu denken; diese tritt aber ganz plötzlich auf, setzt mit Fieber ein, befällt meist nur die eine Seite und sitzen die Schmerzen nicht an den Dornfortsätzen, sondern im Niveau der Gelenkfortsätze. Desgleichen hat man die spondylitischen Schmerzen von der bei Nervösen und Hysterischen vorkommenden Rachialgie zu scheiden. Auch mit einer schmerzhaften rachitischen Kyphose kann die Spondylitis verwechselt werden, namentlich da die Spondylitis der Lendenwirbel auch eine bogenförmige Kyphose gleich der rachitischen bildet und die rachitische Kyphose gleich der rachitischen Scoliose fixirt werden kann und sich in dem Falle in der Suspension oder in der Bauchlage nicht mehr ausgleicht. Neben den andern Zeichen der bestehenden Rachitis bleibt das Hauptunterscheidungsmerkmal Folgendes: Wenn man das Kind in Bauchlage bringt und die Beine erhebt, bleibt bei der rachitischen Kyphose der Rumpf auf der Unterlage liegen, während er bei der spondylitischen der Erhebung der Beine in tote mitfolgt.

Wenden wir uns der Behandlung der tuberculösen Spondylitis zu, so sind die Eltern, um deren Vertrauen nicht zu verlieren, vor Allem darauf aufmerksam zu machen, dass es sich um ein eminent chronisches Leiden, daher um eine Therapie handelt, die eine sehr lange Zeit, Monate, oft Jahre beansprucht. Die Behandlung hat zwei Aufgaben zu erfüllen; das Allgemeinbefinden zu bessern, ein medicinischdiätetisches, mit einem Worte antitubercnlöses Regime einzuschlagen und local auf die Ausheilung des Processes durch ein mechanisches Verfahren zu wirken. Zur Erfüllung der ersten Aufgabe hat man sich nach den Principien zu richten, die für die Tuberculose überhaupt aufgestellt sind; demnach für eine kräftige Kost, eine helle trockene Wohnung und den ausgiebigen Genuss frischer Luft zu sorgen. Der Aufenthalt am Meeresstrande wirkt sehr wohlthätig auf derartige Kranke ein, desgleichen der Gebrauch von lauen Salzbädern, die aber vorsichtig erst nach Ablauf der floriden Entzündungserscheinungen anzuwenden sind. Für uns Balten ist besonders empfehlenswerth der Gebrauch der Schlammbäder in Arensburg, Hapsal und Pernau. Im Verein mit der reinen appetitfördernden Seeluft besteht die Wirkung der Schlammbäder hauptsächlich in der eminenten Anregung des Stoffwechsels, wodurch es zur beschleunigten Resorption krankhafter Producte kommt. Bei scrophulösen Leiden und tuberculösen Knochenprocessen haben wir uns nur selten in der Wirksamkeit dieser Curen getäuscht. Man hat die Wirkung dieser heilsamen Factoren längst erkannt und so entstanden und entstehen an unsern Strandorten Hospize für scrophulöse Kinder. Es ist zu wünschen, dass man in dieser Fürsorge nicht nachlasse und die Anzahl dieser Hospize vermehre. Ferner ist die Anwendung der bekannten antituberculösen Medicamente angezeigt. Man reicht innerlich Creosotal in Leberthran, auch Tinctura creosoti; ferner wendet man die Schmierseifencur an, deren mitunter überraschende Erfolge für das Allgemeinbefinden sehr gelobt werden. 30 gramm Sapo kalinus venalis werden 3 Mal wöchentlich auf den Rücken 15—20 Minuten lang eingerieben, ebenso lange liegen gelassen, hernach mit lauem Wasser abgewaschen und die Haut dann gut getrocknet.

Haben wir so für das Allgemeinbefinden gesorgt, so besteht unsre Hauptaufgabe darin, mechanisch dahin zu wirken, dass die kranken Theile der Wirbelsäule vom Druck entlastet und die Wirbelsäule in dieser corrigirten Haltung fixirt werde. Die Schmerzen verschwinden dadurch wie mit einem Zauberschlage. Die Wirbelsäule ist in eine für die Ausheilung des tuberculösen Prozesses günstigste Stellung gebracht. Der Kranke selbst giebt instictiv den Weg an, den die Behandlung einzuschlagen hat; er beugt bekanntlich im Beginn der Erkrankung seinen Rumpf nach rückwärts, um die kranken Wirbelkörper möglichst von dem auf ihnen lastenden Drucke zu befreien. Die Grundprincipien der Behandlung werden demnach sein: Entlastung der erkrankten Wirbelpartien durch Lordosirung derselben und Fixirung dieser Haltung durch immobilisirende Verbände und Apparate. Vollständig werden diese Forderung erfüllt, wenn der Patient die Horizontallage so lange einnimmt, bis die Schmerzen vollständig geschwunden sind. Schon Bam-

pfield hat die Bauchlage empfohlen, doch ist bei einer wochenlangen ruhigen Lage die Rückenlage die allein durchführbare. Bei Spondylitiden in der Mitte der Wirbelsäule eignet sich vortrefflich die von Rauchfuss empfohlene Schwebe. Der Vorwurf, dass sie nicht genügend fixire ist zum Theil gerechtfertigt, doch kann man diesem Uebelstande durch festes Anziehen der Gurte und durch Unterschieben eines Rollkissens verringern. Absolute Fixirung der Wirbelsäule und genaue Dosirung der entlasteten Haltung kann jedoch nur erreicht werden durch Maassnahmen, die gerade in der neuesten Zeit von den modernen Orthopäden empfohlen worden sind. Da ist in allerersten Reihe das Reclinationsgipsbett von Lorenz in Wien zu nennen. Die Herstellung desselben ist in Kurzem geschildert folgende. Der Patient befindet sich in Bauchlage auf verschiedenen dick gepolsterten Rollkissen, die unter die Stirn, die Schlüsselbeine und die Oberschenkel geschoben werden, damit eine Lordose der Wirbelsäule erzielt werde oder auf einem eigens dazu construirten Tische. Ueber die Hinterfläche des Körpers wird eine Lage Tafelwatte und ein Stück Calicotstoff gedeckt und darauf mit der Legung der Gipsbinden begonnen, die vom Scheitel bis an die Glutäalfalten reichen müssen. Dieselben werden der Länge und der Quere nach gelegt und wenn das Bett eine gewisse Dicke erreicht hat, wird es vom Körper des Patienten abgehoben, beschnitten, geglättet, getrocknet und danach zum Schutze gegen Durchnässung nach Lorenz mit alkoholischer Schellacklösung bestrichen. Ich wende lieber zu diesem Zwecke die Celluloidlösung an, weil sie gegen Durchnässung sicherer wirkt und dem Gipsbett eine längere Dauer verleiht. Zum Gebrauch wird es mit einem dicken Wattepolster bedeckt und ein wasserdichter Stoff darüber gebreitet. Das Kind wird nun vorsichtig in die Hülse gelegt, mit einer breiten Calicotbinde darin befestigt, vollständig angekleidet und die Kleider über dem Rückenschild geschlossen. Will man das Reclinationsbett eleganter herstellen, so wird das Gipsbett als Modell benutzt und ein Celluloidbett hergestellt, welches jedoch durch einige Gipsbinden und Fournierholzspäne verstärkt werden muss. Die Innenfläche desselben wird mit Rosshaar gepolstert und mit Rossleder bezogen. —

Handelt es sich um Erkrankung der oberen Partien der Wirbelsäule, so ist die Reclinationslage nicht angezeigt und wird in diesem Falle die Rückenlage in Verbindung mit der Extension angewandt. Auch für diese Fälle hat Lorenz sein Gipsbett empfohlen; nur ist die Lagerung des Patienten eine andere. Das Hinterhaupt muss nämlich in einer Ebene mit der Rückenfläche zu liegen kommen, was dadurch erreicht wird, dass die vordere Rumpffläche auf einer gleichmässigen Polsterung liegt, während die Stirn von einem niedrigen Kissen gestützt wird. Zwischen die obersten Schichten wird ein Nothmast eingelassen, das einen Querbügel trägt, gegen welchen der Kopf mit einem Kinnhinterhaupthalfter angezogen wird. Eine besondere Aufmerksamkeit erfordert in den ersten Tagen das Umbetten des Kindes. Zur Defäcation wird das Bett halb aufgestellt und ein Geschirr unter das Gesäss geschoben.

Mit dieser Art der Lagerung der an Spondylitis leidenden Kinder wird der Forderung der absoluten Fixation des Rumpfes und der Entlastung der erkrankten Wirbel in vorwurfsfreier Weise Genüge gethan. Die Wirkung dieser Apparate ist eine ganz vorzügliche. Die Kinder, die früher beim Herumtragen auf der Hand oder beim Anfassen wimmerten, verlieren in der fixirten Reclinations- und Extensionslage sofort ihre Schmerzen, es bessert sich ihr Schlaf und ihr Allgemeinbefinden, da sie im Bettchen auch an die frische Luft gebracht werden können. Das Freisein der Beine empfinden sie als eine Annehmlichkeit, doch können dieselben, wenn sich Contracturen in ihnen etablirt haben mit Binden eingewickelt oder beim Anlegen des Gipsverbandes, leicht gespreizt, gleich in die Gipshülse mit hineingenommen werden. Für die Defäcation ist ein genügend breiter Perinäalausschnitt zu machen.

Die Urtheile über das Lorenz'sche Gipsbett sind übereinstimmend günstige [2]) Alle loben die verhältnissmässig einfache Herstellung desselben und seine ausgezeichnete Wirkung auf die Ruhigstellung der erkrankten Wirbelsäule.

Für die Behandlung der Spondylitis des obern Brustsegments und der Halswirbel kann auch ausser dem oben beschriebenen Lorenz'schen Extensions-Gipsbett die einfache horizontale Lagerung mit der Gewichtsextension verbunden werden. Das Gewicht der Belastung muss anfangs ein geringes sein (5—8 Pf.), kann aber allmählich auf 10—12 Pf. gesteigert werden. Unter den Nacken schiebt man behufs Lordosirung der befallenen Halswirbel eine weich gepolsterte Rolle. Zur Erreichung der Gegenextension wird das Kopfende des Bettes höher gestellt, dadurch eine schiefe Ebene gebildet, wobei das Körpergewicht selbst das herabziehende Gewicht darstellt. Der Amerikaner Phelps hat in der Construirung seines „Holzcuirasses", welches von Nänchen „Stehbett" genannt wird, es gleich Lorenz ermöglicht, derartige Kranke auch zu transportiren. Die Herstellung eines derartigen Stehbettes ist ebenfalls nicht schwierig. Die Contoren der Patienten werden auf Pappe gezeichnet, hiernach eine Bretterlade mit Perinäalausschnitt angefertigt und der Kopf durch einen Kinnhinterhaupthalfter angezogen.

Wenn nun bei der eben erörterten Behandlung die Schmerzen nachgelassen haben, die Patienten sich ohne Beschwerden aufrichten und sitzen können und der Gibbus sich hierbei nicht vergrössert, dann kann mit der ambulanten Behandlung begonnen werden. Dieselbe möchte ich in zwei Abschnitte theilen. In der ersten Zeit nach dem Verlassen der Lagerungsapparate werden in Zeiträumen von je 6 Wochen unabnehmbare Gipspanzer angelegt, da ein Aufflackern des entzündlichen Processes noch immer zu befürchten ist. Erst wenn die Schmerzen längere Zeit ausgeblieben sind, erst dann geht man zu den abnehmbaren Corsets über, die mehrere Jahre hindurch getragen werden müssen. Die Gipspanzer werden am besten ebenfalls in Bauchlage der Kranken angelegt, in manchen Fällen wird man die Sayre'sche Suspension anwenden. Kleine Kinder werden von zwei Assistenten gehalten, von denen der eine am Kopf, der andere an den Beinen anfasst. Grössere Kinder werden zwischen 2 Tischen gelagert, zwischen welchen der Rumpf hinuntersinkt und in gleicher Weise gehalten oder liegen auf zwei Gurten, die an einem Rahmen befestigt und verstellbar sind. Der Patient liegt so, dass er mit der Gegend der Schlüsselbeine auf dem obern und den Oberschenkeln auf dem untern Gurt sich befindet. Der Gibbus und die Spinae werden mit Filzstreifen oder Watte gepolstert, der Patient mit einem Tricothemd bekleidet und darüber der Gipsverband angelegt, wobei der Gips in den Binden gut verstrichen wird. Ueber dem Gibbus wird ein Fenster ausgeschnitten. Wichtig ist, dass der Verband recht hoch hinauf und recht tief hinunter reicht, um besser stützen zu können. Am blossen Körper unter dem Tricot kommen vorn und hinten je ein Stück weichen Seidenstoffs, vermittelst welcher täglich die Haut des Rumpfes abgerieben wird. Durch diese Reinigung wird das Tragen der unabnehmbaren Gipspanzer ausserordentlich erleichtert. Bei der Spondylitis der Halswirbel ist in diesem Stadium eine

[2]) Oscar Vulpius — Die Behandlung der Spondylitis im Gipsbett — Therap. Monatschr., Februar 1889.

Halscravatte zu tragen, die aus Gips oder Celluloidmull hergestellt werden kann.

Calot ist behufs Fixation der Wirbelsäule noch einen Schritt weiter durch Einführung seines Mumienverbandes gegangen. In vorgeschriebener Weise wird der Kopf und der Rumpf mit Watte dick gepolstert, die Gipsbinde stark angezogen und der Kopf bis an die Augenbrauen mit eingegipst, wie es schon Falkson und Schönborn gethan hatten, so dass nur das Gesicht, wie bei einer Mumie, herausschaut. Es ist nicht zu leugnen, dass durch dieses Verfahren eine absolute Fixation erreicht wird, aber solch' ein Verband ist auch nur bei der autokratischen Ordnung eines Spitals möglich, in der Privatpraxis ist es undurchführbar. Die Pflege des Körpers und namentlich des Haares ist ganz unmöglich; auch stellt sich sehr häufig Decubitus nicht nur an den processus spinosi, sondern auch am Kinn und Hinterhaupt ein.

Hält man nun nach den oben dargelegten Zeichen die Zeit für gekommen, zu den abnehmbaren Corsets überzugehen, so hat man die Wahl zwischen mehreren Stoffen, aus welchen die orthopädischen Mieder hergestellt werden.

Die Holzmieder nach Waltuch, die anfangs so viel versprachen, bewährten sich nicht, weil sie durch die Körperwärme erweichten, ihre ursprüngliche Form verloren und dadurch ihre Aufgabe, als Stütze zu dienen, einbüssten. Das Gleiche ist von den Filzcorsets zu sagen, die auch der so früh dahingegangene Petersburger Chirurg Anders ausserordentlich schön anfertigte. Corsets aus reinem Celluloid (Celluloidplatten) herzustellen, ist ebenfalls nicht rathsam, weil sie, um nicht zu brechen, recht dick gearbeitet sein müssen, in Folge dessen auch schwerer werden und auf der Haut oft Dermatitis erzeugen. Stoffcorsets nach Hessing sind sehr empfehlenswerth, müssen aber, wenn sie ihren Zweck erfüllen sollen, ausserordentlich gut gearbeitet sein. Für den Arzt, dem eine eigene Werkstatt nicht zur Verfügung steht, sind Celluloidmullcorsets nach Landerer und Kirsch, wie ich derselben in der St. Petersburger med. Wochenschrift Erwähnung gethan [3]), das Beste, was auf dem Gebiete der orthopädischen Mieder bis jetzt geleistet worden ist. Wenn man die Technik derselben vollständig beherrscht, so werden sie von keinem andern Miedermaterial, was Leichtigkeit, Härte und Elasticität betrifft, übertroffen. Die Herstellung derselben ist kurz geschildert folgende: Ueber einem Gipsmodell, welches nach einem in der Vertical- oder Horizontalsuspension abgenommenen Negativ angefertigt ist, werden weiche Marlybinden straff angezogen, dieselben werden in 6—8 fachen Lagen umgelegt, jede Lage wird reichlich mit in Aceton gelöstem Celluloid bestrichen, wobei die Hände durch Glacéhandschuhe geschützt werden. Man kann diese Corsets ausserordentlich dünn herstellen, ohne dass sie ihre Festigkeit verlieren. Sie werden reichlich gelocht, über den Mammae, dem Gibbus und den Beckenspinae Fenster ausgeschnitten, mit Tricot bezogen, montirt und mit Schnürung versehen. An Leichtigkeit werden sie von keinem andern Material übertroffen, ihre Elasticität bei starrer Erhaltung ihrer Form ausserordentlich gross. Sie sind allen anderen Corsets, auch den Stoffcorsets vorzuziehen, weil sie viel ausgiebiger, weil flächenhaft stützen. Bei Spondylitis der Halswirbel und des oberen Segments der Brustwirbelsäule sind die Corsets mit einer Kinnhinterhauptstütze nach Hessing-Hoffa zu versehen. Diese Kopfstütze wird in folgender Weise angefertigt. An einem genau nach der Kopfform gearbeiteten Ring, der unterhalb der protuberantia occipitalis externa das Hinterhaupt umgreift und vorn seine Stützpunkte an den Kieferwinkeln hat und durch einen einfachen Charniermechanismus geöffnet und geschlossen werden kann, sind auf jeder Seite je 1 oder 2 Stäbe angeschraubt, die der Körperform genau entsprechend am Hals und Thorax herablaufen und in der Taillengegend endigen. Am unteren Ende tragen sie Knöpfe. An diese Knöpfe wird ein Gummiband befestigt, dessen oberes Ende in einen Knopf angehängt wird, der sich am oberen vorderen Ende des Stützcorsets befindet. Spannt man nun diese Gummibänder an, so haben sie das Bestreben, den Kopfring und damit den Kopf selbst in die Höhe zu drängen. Um diese Stützvorrichtung am Corset zu befestigen, werden die Stäbe durch Riemen oder Lederösen festgehalten. So lässt sich auf die einfachste Weise eine stetige, elastische und dabei wohl dosirbare Extension des Kopfes erzielen. —

[3]) Ueber Celluloidmullcorsets in d. St. Petersb. med. Wochensch. 1899, Nr. 18.

Haben wir nun diese therapeutischen Maassnahmen consequent durchgeführt, so haben wir allen Indicationen Genüge geleistet, die behufs Fixirung und Entlastung der erkrankten Wirbelsäule an uns gestellt werden und werden wir im Stande sein, die Gibbusbildung auf das möglichst geringe Maass zu beschränken. Wir berühren hiermit ein Thema, welches in den letzten Jahren sowohl die ärztliche, wie die Laienwelt in die grösste Spannung versetzt hat. Mit seinem kühnen Vorgehen — brüsquen Redressement des Gibbus — hat Calot Bahnen betreten, die bis hierzu als verboten galten. Sein Verfahren hat zum Theil begeisterte Lobredner, zum grösseren Theil aber absprechende Urtheile gefunden. Wenn auch ein endgiltiges Urtheil über Calot's Operation wegen der Kürze der Zeit noch nicht gefällt werden kann, so ist doch so viel sicher, das die grossen Hoffnungen, die Calot selbst auf seine Operation gesetzt hatte, bedeutend herabgedrückt werden müssten. Er hat aber trotzdem das grosse Verdienst, gezeigt zu haben, dass man den Gibbus, der bis dahin als ein noli me tangere galt, wohl anfassen darf. — Die Verhältnisse der Gibbusbildung verdienen hier einige Berücksichtigung. An der Gibbusbildung sind nicht blos die vom Krankheitsprocess befallenen Wirbel betheiligt, sondern allmählig nimmt die ganze Wirbelsäule an der Buckelbildung Theil. Im Beginn der Krankheit sucht der Patient durch Lordosirung des supra- und infragibbären Theils der Wirbelsäule eine Entlastung der erkrankten Partien herbeizuführen; später mit zunehmender Erschlaffung der Rückenmuskulatur büsst er diese Fähigkeit der Lordosirung ein, die Wirbelsäule sinkt kyphotisch zusammen, wobei die hintern Bänder gespannt werden. Allmählig adaptiren sich auch die Weichtheile, die Muskeln und Bänder dieser Haltung an, es tritt Verkürzung derselben ein und zur knöchernen Ankylose der Wirbelsäule tritt Contractur hinzu. Wenn man einen Patienten mit frischer Spondylitis suspendirt oder in Bauchlage bringt, so kommt es zu einer Streckung des supra- und infragibbären Theils der Wirbelsäule; der Gibbus wird um so viel kleiner, um wieviel die gesunde Wirbelsäule sich an der Gibbusbildung betheiligt hatte. Bei einer abgelaufenen Spondylitis nach langem Bestande derselben wird aber kaum eine Veränderung des Gibbus erzielt werden können. Diese Verhältnisse sind bei dem Redressement des Gibbus zu berücksichtigen. —

Man wird das Redressement alter abgelaufener von dem frischer Fälle zu unterscheiden haben. Bevor man ein endgiltiges Urtheil über diese eingreifende Operation wird abgeben können, wird man die Endresultate abwarten müssen, wozu noch Jahre nöthig sein werden. Im Allgemeinen ist man der Ansicht, dass das Redressement alter Fälle aufzugeben sei; zwar wurde der Eingriff, einige unmittelbare Todesfälle abgerechnet, zunächst gut vertragen; aber dann kam es in Folge des

Eingriffs zur Aufflackerung des tuberculösen Processes, zu Abscessbildung, zu Meningitis, ganz abgesehen davon, dass die bleibenden Resultate keine gute waren. Anders in Petersburg[4]) hat 25 Fälle operirt, vier von diesen kamen zur Section. Es fanden sich auch bei den äusserst vorsichtig Gestreckten so bedeutende Diastasen, dass er entschieden Zweifel hegt, ob solch' eine Wirbelsäule jemals wieder die nöthige Festigkeit wird erlangen können. Es wurden Lücken noch nach monatelang vorhergegangener Operation bis zu 8 Cm.[5]) gefunden, die mit Blut, Eiter und Detritus ausgefüllt waren. Eine Neubildung von Knochenmasse, worauf Calot gehofft und was er auf Grund falsch gedeuteter Röntgenbilder anzunehmen geglaubt hatte, findet nicht statt. Wenn die Wirbelsäule in einigen Fällen auch längere Zeit nach dem Redressement gerade blieb, so war das, wie die Autoren annehmen, durch die Verhakung der Wirbelfortsätze unter einander verursacht. Die Calot'sche Operation alter Fälle muss demnach wegen der damit verbundenen, oft lebensgefährlichen Complicationen und wegen der Nutzlosigkeit des Eingriffs als aufgegeben betrachtet werden. Wie verhält es sich nun mit dem Redressement frischer Fälle? Jeder, der die Ausführung der Operation kennt, weiss, wie verhältnissmässig leicht der frische Gibbus durch das Redressement ausgeglichen werden kann. Aber auch hier ist der Eingriff meist ein vergeblicher, bleibende Erfolge sind auch hier selten zu verzeichnen.

Lorenz[6]) hat in mehr als 40 Fällen die Operation gemacht und erlebte regelmässig eine Wiederkehr des Gibbus; eine Knochenneubildung in der Lücke findet nicht statt; eine Ausheilung der Spondylitis ohne Gibbusbildung ist überhaupt nicht denkbar. Erst durch Berührung der Knochenwunden und Bildung einer Knochennarbe ist die Heilung beendet. Calot sucht mit seiner Anfrischung der processus spinosi einen doppelten Zweck zu erreichen; einerseits hofft er dadurch den Decubitus über den proc. spin. zu vermeiden, andererseits durch Bildung einer Knochennarbe einen Rückenschild zu erzielen, welcher die Wirbelsäule gerade gerichtet hält. Die Ausführung der Calot'schen Operation ist bekannt; am oberen und unteren Ende des Kranken fassen je drei Assistenten an und bewirken durch starken Zug die Distraction, während der Operateur mit beiden Händen die Spitze des Gibbus nach abwärts drückt und ein anderer Assistent die Lendenwirbelsäule von unten stützt, um den Druck des Operateurs um so wirksamer zu machen. Aber die Kraft der ziehenden Assistentenhände ist eine undosirbare, keine gleichmässige und wirkt ruckweise, daher sind Redressionsinstrumente ersonnen worden, um die Assistentenhände zu ersetzen; zu nennen wären die von Huhn[7]) und Lorenz[8]). Das letztere besteht aus einer Extensionsstange, der drückenden Pelotte und den beiden Ständern. Der Patient, welcher sich in Bauchlage befindet, wird vermittelst Zuges am Kopf und an den Beinen in horizontaler Lage suspendirt. Auf den Gibbus wirkt vermittelst einer Schraube eine Pelotte, bis der Gibbus ganz ausgeglichen ist und hierauf wird in derselben Lage der unabnehmbare Gipsverband in der bekannten Weise angelegt. Die Calot'sche Operation gilt heutigen Tages nur in einem einzigen Falle als wirklich indicirt — bei den spondylitischen Lähmungen die lange Zeit bestehen und keine Aussicht auf eine Restitutio gewährt

Man kann bei einem Spondylitisfalle nie voraussagen, ob derselbe ohne Lähmungen verlaufen wird. Paralyse tritt auch bei geringer Gibbusbildung auf und pflegen oft gerade solche Lähmungen sehr hartnäckig und manchmal aussichtslos zu sein. Im Allgemeinen ist die Prognose der Lähmungen kaum ungünstiger: ein grosser Theil derselben bildet sich zurück. Schon bald nach dem Einschlagen einer mechanischen Behandlung eines in Verticalsuspension oder Reclination angelegten Gipspanzers sieht man Lähmungen zurückgehen. Eine faradische Behandlung der gelähmten Extremitäten unterstützt die Cur. Hat die Lähmung lange Zeit bestanden, ist sie eine absolute und kommt es in den betroffenen Extremitäten zu Contracturen und klonischen Muskelzuckungen und tritt Blasenschwäche ein, so ist die Indication für eine eingreifende Behandlung gegeben; denn die Lage dieser Patienten ist eine traurige und aussichtslose.

Hier wird man nun das Calotsche Redressement anwenden; neben manchen Misserfolgen werden von vielen Seiten auch günstige Resultate gemeldet. Aber auch zu blutigen Eingriffen — zur Laminectomie, der Ausschneidung der Wirbelbögen zusammen mit dem Evidement, der Ausräumung der fungösen Massen in loco morbi muss man sich zuweilen entschliessen, obgleich gewichtige Stimmen, wie Billroth, Bergmann, auch Lorenz sich dagegen erklärt haben Manchmal sah man Lähmungen nach Operation oder freiwilliger Eröffnung von Senkungsabscessen zurückgehen; offenbar hatte der Abscess das Mark comprimirt. Die Behandlung der Abscesse, die unter Stromeyer noch als ein noli me tangere galten, hat in der antiseptischen Aera sehr günstige Resultate ergeben, so dass beispielsweise nach P. Bruns auf 54 operirte Abscesse 50 Heilungen kommen. Trotzdem wird man zunächst eine Resorption abwarten und erst in dringenden Fällen, wie bei anhaltendem hohem Fieber, bei directer Bedrohung des Lebens, wie bei sehr langem Bestande der Abscesse an die Eröffnung derselben gehen.

Wenn im Vorhergehenden die Principien, die für die heutige Spondylitisbehandlung gelten, erörtert sind, so ist nicht damit gesagt, dass man sich in jedem Falle sclavisch an dieselben zu halten habe; es wird auch hier heissen «principiis obsta». Man wird jeden Fall zu individualisiren, man wird die Behandlung leichter von den schweren Fällen zu unterscheiden haben. Auch was die Wahl der Lagerungsapparate und Corsets betrifft, so wird man je nach dem Falle das eine oder das andere wählen und jeder Arzt wird diejenigen Apparate und Mieder bevorzugen, mit deren Technik er sich besonders vertraut gemacht hat. Es giebt hier kein alleinseligmachendes Corset; in der Hand des gewissenhaften und erfahrenen Arztes wird jeder Apparat und jedes Corset, sofern sie uns die Aufgabe, die Wirbelsäule zu entlasten und zu stützen, erfüllen, dem Kranken zum Segen gereichen.

Ist die Spondylitis vollständig abgelaufen, die Ausheilung des cariösen Processes beendet und eine Consolidirung der Wirbelsäule eingetreten, dann soll mit der Nachbehandlung begonnen werden. Bereits während des Bestehens des Entzündungsprocesses hat man nach Möglichkeit für die Pflege der Haut Sorge zu tragen; nach Erlöschen des Processes wird man in vorsichtiger Weise Massage des Rückens anwenden, um die atrophisch gewordene Muskulatur neu zu beleben und zu kräftigen. Dieselbe wird in sanfter Effleurage und leichter Petrissage der Muskulatur zu beiden Seiten der processus spinosi bestehen, wozu noch in

[4]) Anders. Statische und pathologische Verhältnisse der redressirten spondylitischen Wirbelsäule im Archiv für klin. Chir. Bd. 56, S. 703 u. ff.

[5]) Braun. Centralbl. für Chirurgie 1898, Nr. 26 pag. 85.

[6]) Lorenz: ein Artikel «Spondylitis» der 3. Aufl. von Eulenburg's Real-Encyclopädie.

[7]) Huhn: Ein Apparat zur Streckung und zum Ausgleich des Buckels im Arch. f. klin. Chir., Bd. 56, S. 697 u. ff.

[8]) Im Art. «Spondylitis» in Eulenburgs Realencyclopädie S. 171.

vorsichtiger Weise ausgeführte Reclinationsbewegungen hinzukommen. Dieselben können nach Lange darin bestehen, dass die Schleife einer Schnur, die über zwei am Boden und am oberen Theile der Wand befestigte Rollen läuft und deren Ende mit Gewichten belastet wird, um den Rücken des Patienten gelegt wird und derselbe nun Rückbeugungen ausführt. Man kann nun durch verschieden schwere Gewichte den Widerstand dosiren und von den leichtesten allmählig zu schweren übergehn. Ausser dieser Uebung lasse ich auch eine einfache active Reclinationsübung ausführen. Der Patient befindet sich in Bauchlage auf einer gepolsterten Bank, wobei die Beine leicht fixirt werden. Bei dem Commando «1» erhebt er seinen Rumpf von der Unterlage und beugt Kopf und Rumpf nach rückwärts; beim Commando «2» lässt er den Rumpf langsam nieder auf die Unterlage zurücksinken.

Ich habe bei consequenter Durchführung dieser Uebung in wenigen Wochen recht gute Kräftigung der Rückenmuskulatur eintreten gesehen, so dass die Patienten im Stande waren, sich auch ohne Corset längere Zeit zu bewegen. Werden diese Uebungen genügend lange Zeit fortgesetzt, so wird der Patient nicht nur von seinem Corset sich emancipiren können, sondern ist nach der Theorie der Gibbusbildung anzunehmen, dass auch der supragibbäre Theil der Wirbelsäule sich wieder mehr aufrichtet und eine Abflachung des Gibbus eintritt.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Ad. Czerny und Dr. A. Keller: Des Kindes Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Ein Handbuch für Aerzte. Erste Abtheilung. Leipzig und Wien, Franz Deuticke 1901.

Das vorliegende Heft bildet den Anfang eines gross angelegten Werkes, das in 10 Abtheilungen erscheinen soll und Physiologie, Pathologie und Therapie der Ernährung im Säuglings- und später Kindesalter behandeln soll. Schon die Namen beider Autoren, deren Arbeiten grade auf dem uns hier interessirenden Gebiete wohl jedem Pädiater bekannt sind, müssten für die Gediegenheit des Werkes bürgen. Doch sehen wir zu, wie die Autoren sich ihre Aufgabe gestellt haben und wie sie dieselbe ausgeführt haben. In der Einleitung finden wir die Antwort auf diese Fragen: Zunächst bemühten sie sich «die ganze vorliegende Literatur einer kritischen Sichtung zu unterziehen, um so festzustellen, was an Thatsachen durch Beobachtungen und Untersuchungen nachgewiesen ist, welche Schlussfolgerungen dadurch begründet sind und was nur als Hypothese besteht». Mit Hilfe dieses Materiales und der eigenen Erfahrungen und Beobachtungen wurde nun die Lehre von der Ernährung und dem Stoffwechsel des gesunden und kranken Kindes aufgebaut. Der leichteren Orientirung halber sollen die Kapitel mit ausschliesslich wissenschaftlichem Inhalt von jenen, welche für den praktischen Arzt von unmittelbarem Interesse sind, abgetrennt werden. Schon die Lektüre des vorliegenden kleinen Abschnittes überzeugt uns, dass die Autoren ihre Aufgabe meisterhaft ausgeführt haben und dass ein Werk von immenser Bedeutung speciell für den Pädiater geschaffen werden wird. Die ersten Kapitel handeln von der Ernährung am ersten Lebenstage und der Wahl der Nahrung für das Kind am zweiten Lebenstage. Das dritte Kapitel bringt eine bis in die kleinsten Details gehende Darstellung der Funktionen und des Baues des Magendarmapparates beim gesunden Kinde; es folgen alsdann die chemische Zusammensetzung des Foetus und des Neugeborenen, die Technik der Stoffwechseluntersuchungen. Die weiteren Kapitel handeln vom Meconium, von der Albuminurie und dem Harnsäureinfarct. Wir haben hier die Inhaltsübersicht der ersten Lieferung mit Absicht angeführt, um unseren Lesern zu zeigen, mit welcher Gründlichkeit und Ausführlichkeit das grosse Thema in Angriff genommen worden ist. Die weiteren Lieferungen werden gewiss diese Meinung vollauf bestätigen.

Abelmann.

Referate.

Prof. H. Kehr: Wie gross ist heute die Mortalität nach Gallensteinoperation? (Münchener med. Wochenschrift Nr. 23).

Verf. giebt zunächst eine Uebersicht der letzten 100 von ihm April 1900 bis April 1901 wegen Cholelithiasis operirten Fälle. Davon starben 16 Patienten. Bei diesen handelte es sich aber um sehr complicirte pathologische Verhältnisse und sehr eingreifende Operationen. Fünfmal wurde die Operation am Gallensystem mit Eingriffen am Magen und Darm verbunden (Gastroenterestomie, Duodenoplastik, Enterostomie); an cholämischen Blutungen gingen 4 Kranke zu Grunde, bei 4 Kranken bestanden schon vor der Operation schwere, eitrige Processe und bei 4 Kranken Carcinom. Auf das Conto der Gallensteinoperation, als solcher ist eigentlich nur ein einziger Todesfall zu setzen: es handelte sich um eine 62-jährige Frau, die 5 Tage nach der Ectomie und Hepaticusdrainage an Pneumonie starb. Nur in einem Fall konnte Tod an Sepsis constatirt werden. Verf. beharrt nicht mehr bei der Frühoperation, verlangt aber, dass die Patienten nicht zu spät dem Chirurgen überwiesen werden, zumal die Mortalität nach Gallensteinoperationen in den letzten Jahren beständig zurückgegangen ist. So kamen während der Jahre 1890—1899 auf 190 conservative Operationen (37 Cysticotomien, 153 Cystostomien) 3 Todesfälle (1,5 pCt.), auf 81 Cystectomien 3 Todesfälle (3,7 pCt.), auf 62 Choledochotomien resp. Hepaticusdrainagen 6 Todesfälle (9,7 pCt.), auf 76 Gallensteinoperationen mit Eingriffen am Magen, Darm, Pankreas und Complicationen 37 Todesfälle (48,7 pCt.). Im letzten Jahre kamen auf 13 Cystostomien und 19 Cystektomien kein Todesfall, auf 28 Choledochotomien resp. Hepaticusdrainagen 1 Todesfall (3,6 pCt.) auf 40 Gallensteinoperationen mit Eingriffen am Magen, Darm, Pankreas und Complikationen 15 Todesfälle = 37,5 pCt. So lange die Steinkrankheit auf die Gallenblase und den Cysticus beschränkt bleibt, der Chirurg die Gallenblase nur ausschneidet oder entfernt, beträgt die Mortalität 2—3 pCt. Stecken die Steine schon im Choledochus, so steigt die Mortalität auf 4—5 pCt., aber so lange keine diffuse eitrige Cholangitis besteht, ist bei Choledochotomie oder Hepaticusdrainage keine erhebliche Lebensgefahr vorhanden. Die Prognose wird schlecht bei verbreiteter Infektion der Gallengänge und Complicationen (Carcinom, Adhaesionen, Peritonitis).

Weyert.

Vermischtes.

— S. Majestät der Kaiser hat dem Professor Virchow zum 80. Geburtstage durch die russische Botschaft in Berlin Seine persönlichen Glückwünsche ausdrücken und den Weissen Adlerorden überreichen lassen.

— Der Gouvernements-Medicinalinspector von Orel, Staatsrath Dr. Woischowski, ist zum Chef des Odessaer Quarantäne-Bezirks ernannt worden.

— Vor kurzem beging der berühmte Wiener Kliniker Prof. Dr. Hermann Nothnagel in aller Stille seinen 60. Geburtstag. Die Schüler und zahlreichen Verehrer Nothnagels aber liessen es sich nicht nehmen, ihrer Liebe und Dankbarkeit in einer deutlicheren Form Ausdruck zu geben. Es geschah dies am 13. October, in dem ein von Horwitz kunstvoll ausgeführtes Bildniss Nothnagel's der Klinik, als der Stätte seines ehrereichen Schaffens und Wirkens, übergeben wurde. Die Festrede hielt der Privatarzt Dr. von Kogerer.

(Prag. med. W.).

— Prof. Dr. R. Virchow ist von der Berliner ophthalmologischen Gesellschaft zum Ehrenmitgliede erwählt worden.

— Hofrath Prof. Dr. Drasche ist in den Ruhestand getreten in seiner Eigenschaft als Primärarzt des Wiener Allgemeinen Krankenhauses, an welchem er fast ein halbes Jahrhundert gewirkt und so manche später berühmt gewordene Aerzte, wie Niemeyer, Seitz, Mosler, zu seinen Schülern gehabt hat. Er ist bei seiner Pensionirung in den österreichischen Ritterstand erhoben worden.

— Die Vorlesungen über theoretische Chirurgie an der Warschauer Universität sind bis zur Besetzung des betreffenden vacanten Lehrstuhls dem Prof. extraord. Dr. S. N. Jaschtschinski interimistisch übertragen worden.

— Auf Verfügung des stellv. Odessaschen Stadthauptmanns ist, wie wir in den «Wed. Odess. Gradonatsch.» lesen, der stellv. Oberarzt der psychiatrischen Abtheilung des Odessaschen Stadthospitals Prof. extraord. der Charkower Universität Dr. Orschanski von der Leitung der genannten Abtheilung entfernt worden, weil er es zugelassen hat, dass ein Ordinator dieser Abtheilung, der auf Anordnung des Stadthauptmanns vom 23. Mai d. J. entlassen werden sollte, seine ärztliche Thätigkeit an der psychiatrischen Abtheilung fortgesetzt und seine Gage weiter bezogen hat.

— Wie dem «Wratsch» mitgetheilt wird, beabsichtigen die Collegen und die Verehrer des verst. Tomsker Professors der Chirurgie Erastus Ssalischtschew (s. Nekrolog S. 382 dieser Wochenschr.) auf seinem Grabe ein Denkmal zu errichten und bei der Tomsker Gesellschaft der Naturforscher und Aerzte deren Präsident der Hingeschiedene war, ein Capital auf seinen Namen zu stiften, über dessen Verwendung die genannte Gesellschaft zu entscheiden haben wird.

— Den älteren Aerzten: Dr. Karlow, vom Kreuzer I. Ranges «Swjetlana» und Dr. Sohrt, vom Kreuzer I. Ranges «Warjag», ist Allerhöchst gestattet worden, das ihnen verliehene Officierskreuz des französischen Ordens der Ehrenlegion anzunehmen und zu tragen.

— Verstorben: 1) In St. Petersburg der jüngere Arzt der Cavallerie-Reserve Nikolai Listow, welcher seit 1878 die Praxis ausgeübt hat. 2) Am 2. October hierselbst Dr. Michael Powarnin im 48. Lebensjahre. Der Verstorbene, welcher mehr als 20 Jahre als Arzt thätig gewesen ist, war einige Zeit auch Arzt an der hiesigen Paul-Militärschule. 3) In Charkow am 13. October die Aerztin Alexandra Popow an Apoplexie. Sie hat über 20 Jahre als Aerztin am örtlichen Krankenhause für Frauen und Kinder gewirkt. 4) In Norderney der ehemalige Director des dortigen Seehospizes der Kaiserin Friedrich, Dr. Rode, welcher sich während seiner zehnjährigen Thätigkeit an dieser Anstalt grosse Verdienste um dieselben erworben hat.

— Der Besitzer der ehemaligen «Knie'schen chirurgischen Heilanstalt», Dr. Modlinski, ist, wie die Moskauer Zeitungen melden, daraufhin verklagt worden, dass er an einem Patienten ohne dessen Einwilligung eine Operation vorgenommen hat. Die Verhandlung des Processes, welche ohne Theilnahme von Geschworenen stattfinden wird, ist auf den 15. November angesetzt. Als Experte werden die Proff. Djakonow, Neiding und Ssnegirew fungiren.

— Prof. A. Koshewnikow (Psychiater) hat neuerdings wieder 500 Rbl., mit seiner früheren Einzahlung zusammen jetzt also 1000 Rbl., zur Stiftung einer Prämie auf den Namen Prof. A. Bobrow's für chirurgische Arbeiten gespendet.

— Am 1. Januar 1902 begeht die Kaiserliche Leopoldinisch-Carolinische Academie der Naturforscher in Halle, die älteste wissenschaftliche Gesellschaft Deutschlands, das Fest ihres 250-jährigen Bestehens.

— Zur Bewerbung um die alle vier Jahre zur Vertheilung gelangende chirurgische Prämie auf den Namen des Professors Joh. Busch sind bei der militär-medicinischen Academie sechs Werke eingelaufen. Die diesmalige Prämiensumme beträgt 5900 Rbl., welche von der Conferenz der Academie entweder ungetheilt einem einzigen Werke, oder getheilt (in diesem Falle aber nicht weniger als 800 Rbl.) mehreren Werken zuerkannt werden können.

— Die Charkower medicinische Gesellschaft hat anlässlich des 80. Geburtstages ihres Ehrenmitgliedes Prof. R. Virchow eine Prämie auf seinen Namen bei der Gesellschaft gestiftet, welche alljährlich für die beste Arbeit in den Specialfächern des berühmten Gelehrten zur Vertheilung gelangen wird.

— Die Zulassung von Abiturienten der Realschulen zum Studium in der militär-medicinischen Academie ist, wie mehrere Tagesblätter berichten, neuerdings probeweise für die Zeit von fünf Jahren definitiv entschieden worden. Es haben sich die in die Academie eintretenden Realschul-Abiturienten nur einer Prüfung in der lateinischen Sprache zu unterziehen, und zwar gleich nach dem Eintritt oder während des ersten Studienjahres. Wird diese Prüfung im Laufe des ersten Jahres nicht bestanden, so werden die betreffenden Studenten von der Academie ausgeschlossen. Die Aufnahme von Realschul-Absolventen in die militär-medicinische Academie beginnt mit dem nächsten Lehrjahr.

— Vom Medicinalrath ist der Universität Jurjew (Dorpat) gestattet worden, ein Mal im Jahre Prüfungen auf den Grad eines Zahnarztes zu veranstalten.

— Der Verein zur Bekämpfung der Lepra in Kurland, welcher nach seinem Rechenschaftsbericht pro 1900 zum 1. Januar d. J. 490 Mitglieder zählte, hat im verflossenen Jahre im Asyl bei Talsen 32 Leprakranke (15 Männer und 17 Frauen) verpflegt, von denen 3 starben, 1 ausgeschlossen wurde und 2 die Anstalt ohne Erlaubniss verliessen. Im Asyl bei Tuckum betrug die Zahl der im J. 1900 verpflegten Kranken 22 (15 Männer und 7 Frauen), von denen 4 Männer starben. Die Einnahmen des Vereins beliefen sich auf 8865 Rbl. 39 Kop., während sich die Ausgaben auf 8633 Rbl. 63 Kop. stellten.

Das Vereinsvermögen beziffert sich zur Zeit auf 16,846 Rbl. 82 Kop.

— An der Odessaer Universität studiren gegenwärtig 182 Personen Medicin, von denen dem ersten Cursus 82, dem zweiten 100 Studenten angehören.

— Die Russische Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit ist in das Haus Nr. 85 an der Moika übergesiedelt.

— In Moskau erfolgte am 13. October die Eröffnung des Asyls für unheilbare Kranke auf den Namen des Metropoliten Sergius, zu dessen Bau Frau E. S. Ljamin 500,000 Rbl. und ausserdem zum Unterhalt von 100 Kranken in demselben 300,000 Rbl. gespendet hat.

— Der militär-medicinischen Academie sind für 1901—1903 zur weiteren Vervollkommnung 56 Militärärzte zucommandirt worden, von denen 17 speciell mit der Feldchirurgie sich beschäftigen sollen.

(Her.)

— Die Moskauer chirurgische Gesellschaft zählte ihrem Jahresrechenschaftsberichte zufolge, im verflossenen Jahre 38 Mitglieder. Die Einnahmen betrugen 2000 Rbl. die Ausgaben nur 922 Rbl. Das Vermögen der Gesellschaft beziffert sich auf 13,777 Rbl.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 6. Oct. d. J. 8624 (16 mehr als in d. Vorw.), darunter 946 Typhus — (39 wen.), 922 Syphilis — (19 wen.), 394 Scharlach — (19 wen.), 155 Diphtherie — (3 mehr), 52 Masern — (0 mehr) und 2 Pockenkranke — (1 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 30. September bis 6. October 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
330	241	571	100	45	119	18	7	20	42	53	62	38	30	24	8	5

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 24, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 17, Scharlach 21, Diphtherie 23, Croup 1, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 15, Erysipelas 5, Grippe 8, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 3, Pyämie und Septicaemie 7, Tuberculose der Lungen 68, Tuberculose anderer Organe 11, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 58, Marasmus senilis 17, Krankheiten der Verdauungsorgane 54, Todtgeborene 34.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 30. Oct. 1901.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 22. October 1901

Produkte aus den natürlichen dem Wasser entzogenen Salzen

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Verdauung-befördernde Bonbons.

COMPRIMÉS VICHY-ÉTAT

zur Selbst-Bereitung des alkalisch-moussirenden Wassers.

Nervenanstalt zu Görlitz (Preuss.-Schles.)

Offene Kuranstalt u. Pensionat für Nervenkranke.

Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Gemüthskranke.

Aerztliches Pädagogium für jugendliche Kranke.

Diese seit dem Jahre 1855 bestehende, mit den Fortschritten der Wissenschaft wie den Anforderungen der Zeit stetig weiterentwickelte Anstalt, inmitten grosser Gärten, an den anmuthigen Parkanlagen der Stadt gelegen, nimmt kranke Damen wie Herren auf und bietet neben dem Comfort der gebildeten Stände alle Hilfsmittel der Behandlung und Pflege von Kranken. Besondere Sorgfalt wird auf die Trennung der leichten resp. Nervenkranken von schweren Krankheitsformen, sowie auf die Theilnahme der Patienten am Familienleben und an regelmässiger Beschäftigung gewendet. Verschiedene getrennte Gebäude und einzelne kleine Villen gestatten jede mögliche Rücksicht auf individuelle Anforderungen und werden die ärztlichen Bemühungen durch ein zahlreiches gebildetes Beamtenpersonal unterstützt. — Für die in neuerer Zeit sich immer mehr häufenden **Fälle von Nerven- und Gemüthskranken im jugendlichen und kindlichen Alter** ist innerhalb der Anstalt ein methodisches **ärztliches Pädagogium** eingerichtet, in welchem eigene Lehrer für die hauptsächlichsten Lehrgegenstände — Gymnasial- und Realschulfächer — und ausserdem Instruktoren für Handfertigkeiten, mechanische, artistische und körperliche Uebungen angestellt sind, um regelmässigen Unterricht zu ertheilen und die geistige und sittliche Entwicklung der Zöglinge neben den Aerzten zu überwachen und zu fördern. Prospecte über die Heilanstalt wie das Pädagogium sind zu erhalten von **Dr. Kahlbaum.**

(126) 10—1.

„ICHTHYOL" und „Ichthyol"-Verbindungen.

„Ichthyol"-Ammonium oder **Ammonium „sulfo-ichthyolicum"** wird von uns geliefert in Originalblechen zu 5 Ko., 1 Ko., ½ Ko., ¼ Ko., ¹/₁₀ Ko, und in Originalflaschen zu 60 grm., 45 grm. und 30 grm.

„Ichthoform" oder **Thiohydrocarbürum sulfonicum-formaldehydatum („Ichthyol"-Formaldehyd)**, vorzügliches Darm-Antiseptikum, von uns geliefert in Originalabpackungen zu 25 grm. und 50 grm.

„Ichthargan" oder **Argentum thiohydrocarbüro-sulfonicum solubile („Ichthyol"-Silber)**, löslich in kaltem sowie warmem Wasser, 30 % Silber enthaltend, hervorragendstes Antigonorrhoikum, von uns geliefert in Originalfläschchen zu 10 grm.

„Ichthyol"-Calcium insolubile in Tabletten à 0,1 grm., geruch- und geschmacklos, kurzweg **„Ichthyol"-Tabletten** genannt, neue Form für interne Ichthyol-Darreichung, in Originalschachteln zu 50 Tabletten.

„Ferrichthol" oder **„Ichthyol"-Eiseninsolubile**, enth. 3½% organ. gebund. Eisen, in Tabletten à 0,1 gr., geruch- und geschmacklos, indicirt bei Chlorose uud Anaemie, in Originalschachteln zu 50 Tabletten.

„Metasol" oder **Meta-Kresol-Anytol solubile.** enth. 40% Meta-Kresol, Desinfectionsmittel in der Chirurgie, in Originalabpackungen zu 50 grm

„Eucasol" oder **Eucalyptol-Anytol solubile**, enth. 40% Eucalyptol, für zahnärztliche Verwendung, bei Stomatitis etc., in Originalabpackungen zu 50 grm.

Jod-„Anytol" solubile, enth. 10% Jod, Ersatzmittel des Jodoforms, in Originalabpackungen zu 50 grm. von uns geliefert.

Wissenschaftliche Abhandlungen über vorstehende Präparate, welche ausschliesslich von uns allein hergestellt werden und deren Zeichen uns gesetzlich geschützt sind, versenden gratis und franko.

Ichthyol-Gesellschaft Cordes, Hermanni & Co. HAMBURG.

Natürliches Marienbader Brunnensalz

in Glasflaschen à 125 und 250 gr. und Päckchen à 5 gr.

Indicationen:

Als Ersatz der Marienbader Quellen in allen Fällen, wo die Patienten Marienbad nicht selbst aufsuchen können. In diesem Falle ist das natürliche Marienbader Salz nicht nur das billigste, sondern auch das beste Ersatzmittel bei allgemeiner Verfettung, Verfettung der Leber, des Herzens, Obstipation, Plethora.

Zu haben in allen Apotheken, Mineralwasser- und Droguenhandlungen und direkt durch die Brunnen-Versendung in Marienbad (Böhmen).

(59) 17—12.

Organisches Eisen-Mangan-Albuminat Hertel (HAEMATOGEN).

Ein eisenreiches Blutpräparat, welches das Eisen in organischer Verbindung enthält, bestes Kräftigungs mittel für Kinder und Erwachsene, erregt leicht den Appetit und befördert die Verdauung. Haematogen Hertel ist verkäuflich in der Apotheke in flüssiger und trockener Form, jedoch ist das flüssige Präparat, weil leichter vom Organismus aufgenommen, dem trockenen vorzuziehen.

Vor Nachahmung wird gewarnt.

(41) 3—4.

Meran, Südtyrol.

Saison: September bis Mai.

Dr. R. Binder

ordinirt wie seit Jahren.

Villa Gothensitz, Habsburgerstrasse.

(114) 4-3.

Gicht und alle Stoffwechselstörungen.

Bad Salzschlirf Bonifaciusbrunnen.

Petersburg: Stoll & Schmidt.

(19) 52—32.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Frau Hasenfuss Мал. Подъяческ. д. 41 кв. 15.

Dionin

Ersatz für Codein und Morphin, besonders bei Erkrankungen der Respirationsorgane.

Largin

höchstprocentige Silbereiweiss-Verbindung, ausgezeichnet für die Gonorrhoe-, Wund- und Augentherapie.

Jodipin

bewährter Ersatz für Jodkalium Specificum bei tertiärer Lues; bewährt bei Asthma, Emphysem u. Skrofulose.

Stypticin

bewährtes Hämostaticum vorzügl. Mittel in der gynaekolog. und zahnärztlichen Praxis.

Tannoform

ausgezeichnetes Adstringens- und Antidiarrhoicum.

Bromipin

neues Sedativum, insbesondere gegen nervöse Zustände und Epilepsie zu empfehlen.

Diphtherieheilserum

staatlich geprüft, 500-fach und 1000-fach normal

Die reichhaltige Literatur gratis und franko:



chemische Fabrik — Darmstadt.

Fabrik chemisch-pharmaceutischer Producte

G. Hell & Comp., Troppau und Wien.

Acetopyrin.

Ein neues Antipyreticum und Antineuralgicum gegen Migraine, Neuralgien und Erkältungen, Specificum gegen Influenza, Gelenkrheumatismus und Gicht.

Dosirung; Täglich 6 Pulver à 0,5 bis 1 G am besten in Oblaten.

Siehe wissenschaftliche Abhandlungen:

1. **Dr. Winterberg, Wien** (Wiener klinische Wochenschrift Nr. 39 v. J. 1900).
2. **Dr. Frieser, Wien** (Medicin. chirurg. Centralblatt Nr. 15 v. J. 1901).
3. **Dr. Bolognesi, Paris** (Bulletin Général Therapeutique v, 30. März 1901).
4. **Dr. Laumonier, Paris** (Presse Médicale v. April 1901).
5. **Dr. Goldmann, Wien** (Allgem. Wiener Medicin. Zeitung Nr. 14 u. 15 v. J. 1901).

Honthin.

Ein neues vorzügliches Darmadstringens gegen alle Formen von Diarrhoen.

Dosirung: Säuglinge 0,3 G., Kinder 0,5 G, Erwachsene 1 G. täglich 4 bis 5 Mal.

Siehe wissenschaftliche Abhandlungen:

1. **Dr. Friedr. Rölbl, Wien** (Wiener Klin. Rundschau Nr. 25 v. J. 1900).
2. **Dr. J. W. Frieser, Wien** (Wiener Medicin. Blätter Nr. 29 v. J. 1900).
3. **Dr. Joseph Reichelt, Wien** (Wiener Klin. Wochenschr. Nr. 36 v. J. 1900).
4. **Dr. Tison, Paris** (Bulletin Officiel de la Société Medical des Practiciens Nr. 2 v. J. 1901).
5. **Dr. Goldmann, Wien** (Reichs-Medicinal-Anzeiger, Leipzig Nr. 9 v. J. 1901).
6. **Dr. Dan. Kolpaszky u. Dr. Sztankay** (Magyar Orvosi Arch. Nr. 6 v. J. 1900).

NB.: Literatur und Proben zu Versuchzwecken stehen den Herren Aerzten auf Wunsch gern zur Verfügung.

Zu beziehen durch

Stoll & Schmidt, St. Petersburg.

(117) 12—12.

Sanatorium **SAN REMO**
Riviera.
Leitender Arzt Dr. Curt Stern.
Heilanstalt für Lungen- und Halskranke.
Höchster Comfort, Liegehallen, sonniger staubfreier Garten, prachtvolle Aussicht aufs Meer. Prospecte durch die Administration gratis und franco.
(119) 4—4.

Dr. Römpler's
Sanatorium für Lungenkranke.
Gerbersdorf in Schlesien.
Sommer- und Winterkur.
(118) 6—5.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger und Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Dieser № liegt ein Prospect über «**Moos-Präparate**» bei.

Довв. ценз. Спб., 20 Октября 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

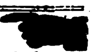
Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 43 St. Petersburg, (9. November) 27. October 1901

Dieser № liegt «№ 10 der Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften» bei. 

Ueber postluetische conjugale Nervenkrankheiten.

Von

H. Idelsohn.

Vortrag, gehalten auf dem XIII. Livl. Aerztetage zu Riga.

Hochgeehrte Versammlung!

Der alte Streit über die Bedeutung der Lues für die Aetiologie der Tabes und progressiven Paralyse der Irren ist für den grössten Theil der modernen Neurologen in positivem Sinne entschieden. Immerhin giebt es noch gewichtige Stimmen, die der Lues jeglichen Werth als aetiologisches Moment absprechen, oder sie höchstens als auslösenden Factor wollen gelten lassen. Während Erb, Strümpell, Fournier, Moebius u. v. a. 70—90% von Lues in der Anamnese und Aetiologie ihrer Tabiker und Paralytiker anzuführen haben, will Leyden den statistischen Ergebnissen jeden Werth absprechen; er und seine Anhänger suchen die Ursache der Tabes in rheumatischen und traumatischen, auf das periphere Nervensystem gerichteten Schädlichkeiten, während für die Paralyse von manchen Autoren psychische Momente, Gemüthsbewegungen und Ueberanstrengung des Gehirns als Ursachen angegeben werden, wobei der Lues höchstens die bescheidene Rolle des auslösenden Momentes (Charcot) zuerkannt wird. Auf dem Moskauer Internat. Congress, wo die Tabesaetiologie sehr eingehend behandelt wurde und eine Einigung nicht erzielt werden konnte, äusserte u. A. Benedikt seine Ansicht, nach der bei den Tabikern eine gewisse «bindegewebige Disposition» des Centralnervensystems bestände, bei denen nun die Lues den Anstoss zur bindegewebigen Degeneration des Rückenmarkes abgeben sollte. Die letztere Hypothese ist freilich durch nichts bewiesen; übrigens räumt auch sie ja der Lues eine hervorragende Bedeutung ein. Nun ist in den letzten Jahren das eigenthümliche Auftreten der Tabes und Paralyse bei Ehegatten immer häufiger beobachtet worden und ist das eine Thatsache, die nicht nur an sich sehr interessant und von grösser, praktischer Wichtigkeit ist, sondern eine Erscheinung welche geeignet wäre die aetiologische Bedeutung der Lues ins rechte Licht zu setzen. Ich glaubte aus diesen Gründen eine gewisse Berechtigung herleiten zu dürfen, Ihnen etwas näheres über die Literatur dieser Frage und die Consequenzen die sich aus den zu erwähnenden Thatsachen ziehen lassen, mitzutheilen. Zugleich gestatten Sie mir Ihnen über vier von mir beobachtete analoge Fälle und einen mir vom Collegen H. Hildebrand (Mitau) in dankenswerther Weise überlassenen Fall in aller Kürze zu referiren. Schon 1863 hat Kjellberg einen Fall von Paralyse bei einem Ehepaar erwähnt und 1885 berichtete Voigt über eine Tabes bei beiden Ehegatten (cit. nach Moenkemoeller). Insbesondere aber hat sich Mendel mit dem Gegenstand beschäftigt; 1895 konnte er bereits auf eine Reihe von 20 Beobachtungen zurückblicken. Nächst ihm haben Erb, Moebius, Goldflam, Pearce, Treverlyan, Speyr, Turner und Strümpell kleinere casuistische Beiträge geliefert; eine grössere Arbeit über diese Frage von Moenkemoeller aus dem vorigen Jahre fügt noch 18 weitere Beobachtungen hinzu. Wenn ich die ungenügend beschriebenen und einige wenige mir nicht zugängliche Fälle fortlasse sowie meine 5 Fälle den bisher bekannten anreihe, so ergiebt sich im Ganzen die Zahl von 50 Fällen, deren Krankengeschichten meinen Ausführungen zu Grunde gelegt sind. Es handelt sich in den betreffenden Fällen um das gleichzeitige oder ungleichzeitige Auftreten von Tabes oder Paralyse bei den Ehegatten, um Tabes beim Manne und Paralyse bei der Frau oder umgekehrt, endlich in 3 von mir beobachteten Fällen von Tabes der Frau und höchstwahrscheinlich luetischer Hemiplegie beim Manne. In einem Falle handelte es sich um Pupillenstarre und Pupillendifferenz, Fehlen aller sonstigen aetiologischen Momente, wie Potus, Senium oder Herzfehler. Pat. erkrankte mit 21 Jahren, während seine Frau einen Abort gehabt hatte und seitdem steril ist. Im anderen Fall lag Paralyse des Mannes und Hemiplegie + Pupillenstarre der Frau vor, im dritten Falle Hemiplegie + Pupillenstarre und Opti-

cusatrophie beim Manne, Tabes bei der Frau. Die Bezeichnung «conjugale Nervenkrankheiten» ist daher verständlich, nur muss ich Sie bitten nachträglich den von mir angegebenen Titel — der mit dem Worte «postluetische» die Abhängigkeit von der Lues praejudicirt— um dieses Wort kürzen zu wollen, da ja der Causalnexus der erwähnten Erkrankungen mit der Lues gerade erst bewiesen werden müsste.

Eine statistische Bearbeitung des vorliegenden Materials ergiebt folgende Procentzahlen:

Paralyse bei beiden Ehegatten 47 pCt.
Paralyse beim Manne, Tabes bei der Frau 20 pCt.
Paralyse bei der Frau, Tabes beim Manne 13 pCt.
Tabes bei beiden Ehegatten 20 pCt.

Die Fälle von Tabes, resp. Paralyse einerseits und auf Lues suspecte Hemiplegieen andererseits, habe ich bei dieser Berechnung nicht berücksichtigt, weil die Zahl der publicirten Fälle zu gering ist im Verhältniss zu der zweifellosen Häufigkeit derselben. Es ist um so wichtiger letztere Beobachtung festzustellen, als gerade Fälle von Lues cerebri des einen Conjux die Annahme einer luetischen Grundlage der Tabes oder Paralyse des anderen Conjux zu festigen geeignet sind, wo derselbe die Lues negirt. Das Zusammentreffen von Paralyse und Tabes bei Ehegatten könnte bei der Häufigkeit dieser Erkrankungen vielleicht als Spiel des Zufalls gedeutet werden; doch lässt schon die Seltenheit der Tabes und gar erst die der Paralyse bei der Frau — einen gewissen innern Zusammenhang zwischen der Erkrankung des einen und anderen Conjux vermuthen und besonders auffällig ist gerade die hohe Zahl der conjugalen Paralysen, welche sich mit conjugaler Tabes combinirten. Auch das häufigere Auftreten der Tabes bei der Frau bei isolirter Erkrankung stimmt mit der häufigen conjugalen Tabes überein (40 pCt. weibliche Tabes in unseren Fällen). Ferner müssten, sollte das Zusammentreffen nur ein zufälliges sein, auch mal andere organische Nervenkrankheiten, wie z. B. Hemiplegieen, periphere Erkrankungen, Morbus Basedovii, Paralysis agitans etc. bei Ehegatten zur Beobachtung gelangen, was jedenfalls in dieser Häufigkeit bisher nicht bekannt geworden ist. Wir stehen also hier aller Wahrscheinlichkeit nach vor einer gesetzmässigen Erscheinung. Das beweisen auch die Details der Krankengeschichten. Der Mann erkrankt meist zuerst; die Frau wird vom gleichen Schicksal meist kurz vor dem Tode des Mannes ereilt. In einem Fall erkrankten beide Ehegatten an Paralyse und wurden am gleichen Tage der Irrenanstalt zugeführt; es konnte nachgewiesen werden, dass beide gleichzeitig luetisch inficirt worden waren. Die Frau erkrankte häufiger an Tabes, der Mann an Paralyse. In meinen Fällen hatten ein mal beide Ehegatten Tabes (Fall Hildebrands), bei beiden war Lues verausgegangen. Ein Mal hatte der Mann Paralyse; beim Ausbruch derselben traten bei der Frau Diplopie und lancinirende Schmerzen auf, welche bald zum Bilde der classischen Tabes ergänzt wurden. Einmal hatte die Frau Tabes, beim Manne (38 a. n.) bestand seit dem 21. Lebensjahr (1 Jahr nach der Hochzeit) eine rechtsseitige Hemiplegie+ Pupillenstarre und Pupillendifferenz neben Demenz, im anderen Falle hatte die Frau Tabes und wurde solches von mir zufällig bemerkt als ich den hemiplegischen Mann besuchte; derselbe hatte eine Embolie der Art. centralis retinae, einseitige Opticusatrophie und Pupillenstarre. Endlich bestand ein Mal Paralyse des Mannes, darauf erfolgte eine passagere Hemiplegie der Frau mit Pupillenstarre. Bezüglich der Lues finde ich notirt:

Lues bei beiden Ehegatten 17 Mal.
» beim Manne, bei der Frau wahrscheinlich 11 Mal.
» bei beiden Ehegatten . . . . . . 8 »
» unbekannt oder negirt . . . . 14 »

Das Auftreten der conjugalen Tabes oder Paralyse ist in mehreren Beziehungen bemerkenswerth. Vor allem erscheint in den vorliegenden Fällen die Heredität in der Reihe der aetiologischen Factoren ausgeschlossen, da Heirathen unter nahen Verwandten selten sind und in den vorliegenden Fällen mit der etwaigen Eventualität wohl kaum zu rechnen ist. Eher könnte man an die Bedeutung socialer Momente denken, deren Schädigungen die unter gleichen Verhältnissen lebenden Ehegatten treffen könnten.

Bekanntlich gilt ja, selbst bei den Anhängern der Erbschen Lehre die Meinung, dass ausser der Lues noch andere schädliche Einflüsse eintreten müssen, um den tabischen, resp. paralytischen Process auszulösen u. A. Berufsschädlichkeiten und rheumatische Noxen bei der Tabes, forcirte Inanspruchnahme der intellectuellen und emotionellen Sphäre bei der Paralyse. Noch mehr gewinnt eine solche Vermuthung für die Aetiologie der letzteren an Wahrscheinlichkeit, wenn man berücksichtigt, dass in 23 Fällen beide Ehegatten an Paralyse erkrankt waren; hier mögen also die gemeinsamen Sorgen und Schicksale für den Ausbruch der Erkrankung mit bestimmend gewesen sein; da der Mann ausserdem meist früher als die Frau erkrankte, so könnte man glauben, dass der gefüllte Leidenskelch der Frau durch die neue Sorge um den erkrankten Mann zum Ueberfliessen gebracht, und der beständige Anblick der furchtbaren Tragödie die theilnahmsvolle, bis dahin noch widerstandsfähig gebliebene Frau, nunmehr der Paralyse zugeführt habe. Immerhin glaube ich aber den Werth derartiger Einflüsse auf ein relativ geringes Maass reduciren zu dürfen. Beginnen wir mit der Tabes, so treffen doch die Berufsschädlichkeiten bei den meist gut situirten Patienten in erster Linie den Mann; höchstens wäre an den Einfluss etwaiger sexueller Excesse des Ehepaares zu denken — doch hat hier meist der Mann bereits vor dem Eintritt in die Ehe einen gewissen Vorsprung voraus. Die Tabes der Männer müsste demnach bei conjugaler Erkrankung häufiger sein als bei den Frauen; es käme noch der Umstand hinzu, dass der Mann — den schädigenden Einfluss sexueller Excesse auf das Rückenmark als erwiesen vorausgesetzt — davon mehr tangirt zu werden pflegt als die Frau. Nach den vorliegenden Zahlen ergiebt sich aber gerade eine Majorität der weiblichen Tabes. Die Theorie von der sexuellen Ueberanstrengung müsste hiernach bei den tabischen Frauen eine stärkere sexuelle Bethätigung annehmen, die ohne Betheiligung des anderen Conjux, also extranuptial geschehen sein müsste — dazu liegt nun in den allerwenigsten Fällen ein genügender Grund vor. Uebrigens findet die Theorie von der Bedeutung sexueller Excesse in der Aetiologie der Tabes nur wenige Anhänger; in der Arbeit von Motschutkowsky, die neuerdings für jene Annahme eintritt sind Angaben vorhanden, welche sich ebenso gut gegen dieselbe verwerthen liessen.

Bei der conjugalen Paralyse möchte ich, wie bei der Paralyse überhaupt dem psychischen Moment eine nur geringe Bedeutung einräumen Die Dorpater psychiatrische Klinik hat jährlich eine grosse Zahl von Paralytikern aufzunehmen, die ihr unmittelbar vom Pflug oder der groben Lastarbeit hinweg zugeführt werden. Auch würden die ev. Berufsschädlichkeiten die bei der Paralyse beschuldigt werden, vorzugsweise den Mann treffen, während die Frau verschont bliebe. Dass Gemüthsbewegungen allein Paralyse hervorzurufen vermögen ist wohl kaum anzunehmen; man denke nur wie viel Unglück eine Frau ertragen kann, ohne auch nur hysterisch zu werden, geschweige denn paralytisch!

So drängt denn alles auf die Annahme hin, dass die Lues der wichtigste, ja vielleicht einzige Factor sei

müsse, welcher für beide Theile verhängnissvoll geworden sei. Da es uns natürlich fern liegt an die Uebertragung der Tabes durch Contact, oder der Paralyse durch Induction zu denken, so bleibt nur die Möglichkeit einer Uebertragung der grundlegenden Disposition zur Erkrankung in der einen oder anderen Form offen — als Träger dieser Disposition muss das materielle, fixe luetische Gift erscheinen! Berücksichtigen wir in den 50 Fällen die erdrückende Majorität von erwiesener Lues bei beiden Ehegatten, ferner der Lues beim Manne oder der Frau, der 16 pCt. wahrscheinlicher Lues bei beiden Ehegatten, so bleiben nur 28 pCt. von unbekannter oder negirter Lues übrig. Ich brauche Ihnen meine Herren nicht auseinanderzusetzen, was man auf die Anamnese des beginnenden Paralytikers oder des schuldbewussten Conjux quoad Luem geben kann, wie häufig keine Spuren einer notorisch überstandenen Lues sich nachweisen lassen und wie leicht eine vor vielen, (20 und mehr) Jahren zurückdatirende leichte Ulceration vergessen sein kann — um den negativen Ausfall einer diesbezüglichen Fragestellung in den restirenden 28 pCt. zu erklären.

In meinen 5 Fällen ist Lues nur 1 Mal ausdrücklich für beide Conjuges angegeben (Tabes beider Ehegatten) sollte man deswegen an der Lues in den anderen Fällen zweifeln wo z. B. der Mann Pupillenstarre, Hemiplegie und Demenz, die Frau einen Abort gehabt hat und Sterilität + Tabes aufweist, oder wo die Opticusatrophie und thrombotische Hemiplegie des Mannes bei ähnlichen Erscheinungen von Tabes und Aborten der Frau den Verdacht einer conjugalen Lues fast zur Gewissheit erheben?

Die conjugalen Erkrankungen sprechen, wie ich glaube auch zu Gunsten anderer Annahmen. So erhellt aus ihnen die intime Verwandtschaft zwischen der Tabes und Paralyse; beide sind, wie v. Speyr bemerkt Geschwister, von einer Mutter, der Lues. Ferner legen sie den Gedanken an eine gewisse specifische Virulenz des luetischen Infectionsstoffes nahe, welcher, in seiner Wirkung verschieden einmal die Tabes oder Paralyse schafft, ein andermal das Centralnervensystem in mehr localisirter Weise trifft oder seine Zerstörungsarbeit auf die Haut, die inneren Organe oder das Knochensystem richtet. Es wären noch viele Fragen zu erledigen oder wenigstens zu berühren z. B. die eine — warum die Fälle conjugaler Nervenerkrankungen bei der Häufigkeit conjugaler Lues so relativ selten sind — doch gestattet es mir die kurz bemessene Zeit nicht darauf einzugehn — auch ist unser Wissen über diese Fragen noch sehr lückenhaft. Ich möchte daher schliessen und hierbei auf eine praktisch wichtige Consequenz Sie aufmerksam zu machen mir erlauben. Es kommen nämlich Frauen von Paralytikern nicht selten in die Lage, eine zweite Ehe einzugehn — hier ist doppelte Vorsicht geboten, da erstens die Frau nunmehr selbst erkranken oder den Mann inficiren kann, wobei letzterer an einer der Krankheit seines Vorgängers verwandten conjugalen Affection erkranken kann. In einem Fall von Mendel brachte eine Frau ihrem zweiten Mann eine Tabes in die Ehe, ich habe eine junge Frau mit Tabes nur mit Mühe von ihrem Vorhaben wieder zu heirathen abbringen können. Alle Klagen des bisher anscheinend gesund gebliebenen Conjux müssen ferner unter dem Gesichtspunkt einer etwaigen conjugalen Erkrankung des Centralnervensystems betrachtet und entsprechend beurtheilt werden — vielleicht würde es auch in einzelnen Fällen gelingen durch rechtzeitige Diagnosenstellung und sofortige specifische Therapie den Ausbruch einer Tabes oder Paralyse zu verhüten.

Indem ich Ihnen, meine Herren, für Ihre Aufmerksamkeit danke, bitte ich Sie mir noch einige Minuten Gehör schenken zu wollen. Ich bin in der Lage Ihnen einen recht seltenen Fall von tabischen Erscheinungen bei einem 6-jährigen Mädchen zu demonstriren. In der Literatur sind bisher ca. 8 solcher Fälle von Strümpell, Remak, Mendel, Bloch und neuerdings einem russischen Autor Didinski beschrieben worden. Die Mutter des Kindes ist vor 10 Jahren von ihrem Mann luetisch inficirt worden und sollte hier in Kemmern eine Schmiercur durchmachen. Der College Schönfeldt hatte die Güte mir die Kranke zu überweisen. Die Mutter gab an, ein todtgeborenes Kind und 4 lebende Kinder zur Welt gebracht zu haben; dieses sei das dritte und gesund, während die anderen an Infectionskrankheiten in den ersten 5 Jahren gestorben sein sollen. Es interessirte mich das angeblich ganz gesunde Kind, mir näher anzusehn; dabei erwies sich, dass das Kind differente und lichtstarre Pupillen hatte, was natürlich mein lebhaftes Interesse erweckte. Sie sehen hier ein gut genährtes, intelligentes Mädchen. Die rechte Pupille ist bedeutend grösser als die linke, auf Licht erfolgt keine Reaction, bei Convergenz eine ganz minimale rechts. Die Patellarreflexe fehlen beiderseits, an den unteren Extremitäten ist die Schmerzempfindung herabgesetzt, die Papillae nervi optici leicht hyperaemisch. Das Kind bietet keine Zeichen von hereditärer Lues, obgleich diese doch das einzige aetiologische Moment ausmacht; hier kann von Ueberanstrengungen, rheumatischen Schädlichkeiten oder gar sexuellen Excessen nicht die Rede sein.

Der Fall ist auch nach einer andern Richtung sehr bemerkenswerth. Wir sehen, dass ein Kind die classischen Symptome der Tabes haben kann, ohne auch nur die geringsten subjectiven oder der Mutter auffälligen objectiven Symptome zu bieten; auf eine suggestive Frage giebt letztere an, das Kind falle zuweilen beim Laufen um. — Das Kind erhält ebenso wie die Mutter Quecksilberinunctionen und verträgt sie sogar besser als diese. Der Vater des Kindes soll gesund sein, d. h. keine manifesten Symptome der Lues oder irgend welche nervösen Erscheinungen darbieten.

Referate.

De la Camp: Chinasäure und Gicht. (Münchener med. Wochenschrift Nr. 30).

Verfasser kommt auf Grund von Versuchen an 3 Patienten der Gerhardt'schen Klinik zu folgenden Schlusssätzen:

1) Die Chinasäure beeinflusst keineswegs regelmässig in erkennbarer Weise die Harnsäureausscheidung von Gesunden und Gichtikern bei gemischter Nahrung.

2) Eine erhebliche Hippursäurevermehrung ist stets nachweisbar.

3) Nach den bisherigen Erfahrungen scheint verminderte Harnsäureabscheidung im Harn durch Chinasäure viel mehr in den Fällen veranlasst zu werden, bei denen gleichzeitig eine bedeutende Menge harnsäurebildende Nahrung (Thymus) eingeführt wird, oder der Organismus ständig grosse Harnsäuremengen ausscheidet (Leukaemie).

4) Die an und für sich schon unklaren Verhältnisse von Harnsäure- und Hippursäurebildung, sowohl örtlicher wie reciproker Art, werden völlig unübersichtlich bei der menschlichen Gicht, weil hier die Rolle der Harnsäure unbekannt ist und zweitens Thier- und Reagensglasversuche nicht ohne Weiteres auf den menschlichen Organismus übertragen werden können.

5) Trotzdem scheinen die einstweilen allein maassgebenden klinischen Erfahrungen für die Chinasäure bei der Gichttherapie zu sprechen.

6) Chinasäure ist selbst in hohen Dosen (bis 30,0) unschädlich.

Ein empfehlenswerthes Präparat ist das chinasaure Urotropin, Chinotropin genannt, weil das Urotropin sich im menschlichen Organismus zersetzt und Formaldehyd bildet. Mit letzterem soll die Harnsäure leicht lösliche Verbindungen eingehen.

7) Insbesondere bei Harnconcrementen wäre das Chinotropin klinisch weiter zu prüfen.

Daneben räth Verfasser aber, die diätetische Behandlung und Behandlung mit kohlensauren Wässern in der Weise, wie sie jüngst von Klemperer empfohlen ist, nicht zu vernachlässigen. Weyert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

K. v. Bardeleben und H. Haeckel. Atlas der topographischen Anatomie des Menschen. Zweite völlig umgearbeitete und vermehrte Auflage. Jena. Verlag von Gustav Fischer 1901.)

Der aus I. Auflage bereits bekannte Atlas bringt in 171 meist farbigen Tafeln eine Fülle von Abbildungen der topographischen Verhältnisse im menschlichen Körper, die dasselbe dem Kliniker wie dem Anatomen zumal aber auch dem Studirenden unentbehrlich zum Studium erscheinen lassen.

Besonders verdient hervorgehoben zu werden, dass eine Reihe von Tafeln die Topographie des Centralnervensystems illustriren, die von Prof. Ziehen stammen und von ihm auch mit kurzen Erläuterungen versehen sind. Ebenso ist die Innervation der Haut- und Muskelgebiete durch farbige Darstellung sehr praegnant zur Anschauung gebracht. Endlich darf nicht unerwähnt bleiben, dass in besondern Tafeln auf den Verlauf der Lymphgefässe und die Vertheilung der Lymphdrüsen Rücksicht genommen ist. Ucke.

Handbuch der Frauenkrankheiten von M. Hofmeier, o. ö. Professor der Geburtshülfe und Gynäkologie in Würzburg. Zugleich als 13. Auflage des Handbuchs der Krankheiteu der weiblichen Geschlechtsorgane von Karl Schroeder. Mit 182 Abbildungen im Text und 5 Tafeln. Leipzig, Verlag von J. C. W. Vogel, 1901.

Das allgemein bekannte und geschätzte Lehrbuch erscheint zum ersten Male unter dem Namen des Herausgebers. Seit dem Tode Schroeders hat sich vieles geändert und in dem Werke liegt so viel selbstständige Arbeit, das Hofmeier mit Recht dasselbe als seins ansehen kann. Wohl ist an vielen Stellen noch der alte Text erhalten, doch ist das ganze Werk entsprechend den Fortschritten der Medicin bedeutend umfangreicher geworden, da natürlich die neueste Literatur berücksichtigt ist. Näher auf den Inhalt einzugehen ist nicht möglich, es sei nur auf die neue Auflage hingewiesen, die ein classisches Bild von dem heutigen Stande der Gynäkologie liefert. Die Abbildungen sind vermehrt und vervollständigt worden. Fr. Mühlen.

Entstehung und Bekämpfung der Lungentuberculose von Dr. Gotthold Pannwitz. Band 1. (Leipzig, Verlag von Georg Thieme 1901).

Im Vordergrunde des allgemeinen Interesses steht heut zu Tage die Tuberculose. Die Erforschung der Aetiologie dieser verheerenden Krankheit, sowie die Möglichkeit die Ausbreitung derselben einzudämmen haben zu vielseitiger energischer Arbeit und Discussionen Veranlassung gegeben. Koryphäen der Medicin, wie v. Leyden und viele Andere haben ihre ganze Kraft eingesetzt, um mit Wort und That zur erfolgreichen Bekämpfung dieser Volksseuche beizusteuern. So müssen wir denn das uns vorliegende verdienstvolle Werk, das auf Grund eines grossen statistischen Materiales aufgebaut worden ist, freudig begrüssen. Das Material entstammt einer in den deutschen Lungenheilstätten angestellten Sammelforschung, ausserdem aber noch der Mortalitätsstatistik für die letzten 40 Jahre der Lebensversicherungsgesellschaften «Victoria», sowie der «Preussischen Lebensversicherungsgesellschaft», insgesammt erstreckt sich die Statistik auf fast 4000 Personen. Der erste Band des vorliegenden Werkes umfasst die Verwerthung des Fragebogenmaterials und die methodische] Bearbeitung der einzelnen Enstehungsursachen der Lungentuberculose. Dank den zahlreichen Spezial- und Generaltabellen ist es dem Leser nebenan leicht gemacht worden, sich selbst ein Urtheil über die einzelnen Factoren der Tuberculoseaetiologie zu gründen. Die wissenschaftliche Verwerthung der Sammelforschung haben die geschätzten Autoren in den den Tabellen folgenden Kapiteln zusammengestellt. Wir können leider an dieser Stelle die einzelnen höchst interessanten Ergebnisse nicht anführen, möchten uns jedoch nicht versagen einige Momente hier hervorzuheben. Vor Allem die Frage nach der Heredität und der Disposition zur Tuberculose: es erwies sich, dass unter 3295 sicher Tuberculösen nur in einer verschwindend kleinen Anzahl von Fällen eine directe hereditäre Belastung nachzuweisen war, ferner, dass bei 172 Fällen, bei denen durch anamnestiche Ermittellung das Vorkommen von Tuberculose bei den Eltern sicher gestellt worden war, niemals ein Zusammenleben der Patienten mit ihren Eltern zur Zeit der Tuberculose derselben stattgefunden hat. Ferner wäre hier die Thatsache anzuführen, dass in der überwiegenden Anzahl derjenigen Fälle, in welchen die Zeugung [von tuberculösen Eltern resp. das Zusammenleben mit denselben in der Kindheit stattfand, gleichzeitig der Factor des Aufwachsens der betreffenden Patienten unter den ungünstigsten unhygienischen sozialen Verhältnissen konstatirt worden ist; tuberculöse resp. scrophulös-tuberculöse Erkrankungen in der Kindheit wurden in solchen Fällen häufig festgestellt. Von grossem Interesse sind auch die Kapitel über die Beziehungen zwischen Skrophulose und Lungentuberculose, ferner «über die Entstehung und Uebertragung der Lungentuberculose in geschlossenen Räumen». Zum Schluss des ersten Bandes finden wir folgende 7 Thesen aufgestellt:

1. In nur sehr seltenen Fällen besteht die Lehre der strengen Kontagionisten zu Recht, dass der Tuberkelbacillus allein, ohne irgend mitwirkende Einflüsse, die Krankheit bedinge. Zu seiner Ansiedelung und Entwickelung gehört vielmehr eine bestimmte Beschaffenheit des menschlichen Körpers bezw. der Lungen. (Empfänglichkeit, Anlage, Disposition).

2. Es besteht eine ererbte oder in der Kindheit erworbene allgemeine Schwäche des Körpers. Bleibt eine derartige Minderwerthigkeit des Organismus bestehen, so genügt schon diese für die Ansiedelung und Entwickelung des Tuberkelbacillus.

3. Aus der ererbten oder in der Kindheit erworbenen allgemeinen Schwäche entwickelt sich vielfach das Krankheitsbild der «allgemeinen Scrophulose». Diese bildet einen besonders fruchtbaren Boden für den Tuberkelbacillus.

4. Auf dem Boden der ererbten oder erworbenen allgemeinen Schwäche bezw. allgemeinen Scrophulose entwickelt sich durch Einwanderung von Tuberkelbacillen in die Lymphdrüsen die «tuberculöse Skrophulose». Die in den Drüsen abgelagerten Tuberkelbacillen verbleiben daselbst mehr oder weniger lange Zeit in lebensfähigem Zustande und vermögen eventuell später die Lungentuberculose hervorzurufen.

5. Zur Entstehung der Lungentuberculose im späteren Alter auf Grund einer seit der Kindheit bestehenden Disposition bedarf es meist noch besonderer Bedingungen, welche die von aussen eindringenden Tuberkelbacillen befähigen, die krankhaften Veränderungen zu erzeugen. Diese Bedingungen sind entweder allgemeiner Natur (mangelhafte hygienische Lebensverhältnisse, schwächende Krankheiten, Alkoholismus etc. oder örtlicher Art (Schädigung der Lunge durch Berufsthätigkeit, Traumata, Krankheiten der Athmungsorgane etc.).

6. Unter den gleichen Bedingungen allgemeiner Natur oder örtlicher Art können in den Lymphdrüsen, abgelagerte Tuberkelbacillen mobilisirt werden und in die Lungen gelangen, um Lungentuberculose hervorzurufen («Infection von innen her»)

7. Zur Entstehung der Lungentuberculose beim Erwachsenen bedarf es aber keineswegs immer einer von der Kindheit her bestehenden Disposition. Es geben vielmehr sehr häufig auch im späteren Alter allgemein oder örtlich schwächende Einflüsse dem Tuberkelbacillus die Möglichkeit zu seiner Ansiedelung und Entwickelung.

Der zweite Theil des Werkes soll demnächst erscheinen derselbe soll sich mit den auf der aetiologischen Kentniss beruhenden Abwehrmaassregeln beschäftigen, verspricht also recht interessant zu werden.

Die Ausstattung des Werkes ist eine vorzügliche. Der Preis des ersten Bandes beträgt 10 Mark.

Abelmann.

Vermischtes.

— Die Conferenz der militär-medicinischen Academie hat den Ober-Militär-Medicinalinspector, wirkl. Geheimrath Dr. A. Remmert, zum Ehrenmitgliede der Academie gewählt.

— Prof. Dr. R. Virchow ist anlässlich seines 80. Geburtstages von der Saratowschen physiko-medicinischen Gesellschaft und von der Wologdaschen medicinischen Gesellschaft zum Ehrenmitgliede erwählt worden.

— Vor Kurzem beging der ältere Arzt des Katharinen-Armenhauses in Moskau Dr. Nicephorus Strachow das 50-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit.

— Der bekannte Berliner Anatom Prof. Dr. Waldeyer, d. Z. Decan der medicinischen Facultät der Berliner Universität, befindet sich gegenwärtig in Amerika, wo er in der vorigen Woche von dem Präsidenten Roosevelt empfangen und ihm zu Ehren ein Empfang im Ackerbaudepartement veranstaltet wurde.

— Die Yale Universität in New Haven (Connecticut), welche in diesen Tagen ihr 200-jähriges Bestehen feierte, hat Waldeyer zum Ehrendoctor ernannt.

— Der Gouvernements - Medicinalinspector von Wjatka, Staatsrath Dr. Sprenshin, ist zum Gouvernements-Medicinalinspector von Orel ernannt worden.

— Die St. Petersburger Stadtduma hat in ihrer letzten Sitzung eine Jahres-Pension von 2640 Rbl. für den ehemaligen langjährigen Oberarzt des städtischen Irrenhospitals des heil. Nikolai des Wunderthäters, Dr. O. A. Tschetschott, bewilligt. Zugleich wurde Dr. Tsch. einstimmig zum berathenden Mitglied der städtischen Hospitalcommission gewählt.

— Zum Arzt für Aufträge V. Classe bei der Militär-Medicinalverwaltung des Kaukasischen Militärbezirks ist, an Stelle des seiner Bitte gemäss verabschiedeten wirkl. Staatsrath Dr. Pantjuchow, der bisherige ältere Geschäftsführer dieser Verwaltung, Staatsrath Dr. A. Böttcher, ernannt worden.

— Am 13/26. October beging der bekannte Director der Universitätsaugenklinik zu Leipzig Prof. Dr. Sattler, sein 25-jähriges Professorenjubiläum.

— Wie mehrere Tagesblätter erfahren haben, ist an Stelle des verst. Prof. Nencki die Aerztin N. Sieber-Schumow mit der Leitung der Abtheilung für biologische Chemie im Institut für Experimental-Medicin temporär betraut worden.

— Der als Fachschriftsteller und gesuchter Operateur bekannte Prof. Weinlechner giebt seine Stellung als Vorstand der I. chirurgischen Abtheilung am Wiener Allgemeinen Krankenhause, an welchem er 33 Jahre thätig ist, demnächst auf. Prof. W. zählt bereits 72 Jahre, erfreut sich aber noch einer staunenswerthen körperlichen und geistigen Frische.

— Verstorben: 1) Am 18. October in Fellin (Livland) der dortige freipracticirende Arzt Nikolai Sörd im Alter von 40 Jahren. Der Verstorbene stammte aus Livland und hatte seine medicinische Ausbildung an der Dorpater Universität erhalten, an welcher er von 1880—85 studirte. Nach Erlangung des Arztgrades liess er sich als praktischer Arzt in Fellin nieder. 2) In Samarkand der Gebietsarzt des Samarkand-Gebiets Staatsrath Adam Morawicki, welcher seit 1872 die ärztliche Praxis ausgeübt hat. 3) In Riga der frühere städtische Sanitätsarzt von Irkutsk Dr. Nikolai Feldhuhn an Morbus Brightii. Der Hingeschiedene war ein Schüler der Moskauer Universität, welche er i. J. 1885 mit dem Arztgrade absolvirte. Seit 1892 fungirte er als Saniätsarzt und Armenarzt in Irkutsk, bis ihn sein zerrütteter Gesundheitszustand vor einigen Monaten zwang, Heilung in einem milderen Klima zu suchen. 4) Am 13/26. October in Berlin Prof. extraord. Dr. Arthur König, Vorstand der physikalischen Abtheilung des Berliner physiolischen Instituts, im 46. Lebensjahre. K. ist vielfach literärisch thätig gewesen, namentlich auf dem Gebiet der Physiologie der Sinnesorgane und speciell dem der physiologischen Optik.

— Die bisherige Abtheilung für Augenkranke an der Charité in Berlin ist nun eingerichtet und nunmehr zu einer selbstständigen Universitätsklinik erhoben worden. Der bisherige dirigirende Arzt der Abtheilung Docent Prof. Dr Richard Greeff ist gleichzeitig zum ausserordentlichen Professor ernannt.

(Allg. med. C.-Ztg.)

— Zum Nachfolger des verstorbenen Directors der Universitäts-Ohrenklinik in Giessen Prof. Steinbrügge's ist der Privatdocent Dr. Leutert in Königsberg berufen worden.

— Der Professor extraord. der Augenheilkunde an der Universität Freiburg Dr. M. Knies hat seine Lehrthätigkeit aufgegeben und wird sich ganz der Privatpraxis widmen. Der Grund seines Rücktritts vom Lehramt dürfte, wie die Allg. med. C.-Ztg. meint, in seiner allerdings auffälligen Uebergehung bei der Neubesetzung des durch die Pensionirung des Prof. Manz vacanten ophthalmologischen Ordinariats zu suchen sein.

— Am 22. October fand hier die Grundsteinlegung des Kinderhospitals zum Andenken an die Krönung Ihrer Kaiserlichen Majestäten statt. Das neue Hospital, welches neben den Kasernen des Moskauschen Leibregiments im Pavillonsystem erbaut wird, ist für 400 Betten berechnet. Die Kosten des Baues sind auf 1,700,000 Rbl. veranschlagt, welche aus den Mitteln der Stadt angewiesen sind.

— Die unzähligen Adressen, Glückwunschschreiben, Votivtafeln, Bilder etc., welche Prof. Virchow zum 80. Geburtstage von Staatsregierungen, wissenschaftlichen Institutionen, medicinischen und anderen wissenschaftlichen Vereinen und Privatpersonen dargebracht wurden, sind im Berliner Kunstgewerbemuseum ausgestellt gewesen. Die meisten Adressen hat Virchow wohl aus Oesterreich erhalten — nicht weniger als 114 künstlerisch ausgestattete Blätter. Zur Aufbewahrung der Adressen haben die Oesterreicher ein werthvolles Pult aus Ebenholz und Onyx mit kostbaren vergoldeten Bronzefiguren geliefert.

— Es hat sich ein Comité, zu welchen die Kliniker Erb, Gerhardt, Jolly, Kussmaul, Nothnagel, Liebermeister u. a. gehören, gebildet, welches einen Aufruf zur Errichtung eines Denkmals für den verst. Berühmten Kliniker Prof. Griesinger in der neuen Klinik für Nerven- und Geisteskrankheiten in der Berliner Charité erlässt. Die Beiträge sind an den Stabsarzt Dr. Buttersack (Berlin W. 57, Potsdamerstrasse 64 1) einzusenden.

— Die Examina vor den staatlichen medicinischen Prüfungscommissionen sind jetzt an allen Universitäten des Reiches beendigt. An der Moskauer Universität hatten sich zum med. Staatsexamen 269 Candidaten gemeldet, von denen aber 3 zu den Prüfungen nicht erschienen waren und 2 die Prüfungen nicht beendet haben. Von den 264 Geprüften erlangten 240 den Arztgrad, (darunter 46 cum laude) und 24 Frauen mit Diplomen ausländischer Universitäten den Grad einer Aerztin. — An der Kiewer Universität erhielten von den 112 Personen, welche sich gemeldet hatten, den Arztgrad 97 Personen (darunter 16 cum laude), den einer Aerztin 2 Personen, während 10 Personen gestattet wurde, sich nach einem Jahre einer neuen Prüfung zu unterziehen, 1 Person das Examen nicht bestand und 2 zurückgetreten waren. — Bei der medicinischen Prüfungscommission an der Charkower Universität bestanden 114 Personen das Arztexamen, und zwar 19 von ihnen mit Auszeichnung. Unter den Examinanden befanden sich auch 12 Frauen mit ausländischen Diplomen. Von den Diplomirten sind 45 Hebräer. — In Kasan haben von 109 Personen (darunter 25 Doctoren ausländischer Universitäten) 92 Männer (darunter 45 cum laude) und 16 Frauen die Examina vor der medicinischen Prüfungscommission bestanden. Einer musste das Examen wegen Krankheit unterbrechen.

— Die Russische pharmaceutische Gesellschaft in Moskau, hat die Genehmigung erhalten am 23. November d. J. eine Jubiläumsfeier anlässlich der vor 200 Jahren erfolgten Eröffnung der ersten freien Apotheke in Russland (in Moskau) zu veranstalten.

— Im Hinblik darauf, dass der Bau des Moskauer städtischen Sanatoriums auf dem Stadtgute Tichwinskoje bereits in Angriff genommen ist, soll der Oberarzt des Sanatoriums vom nächsten Jahre ab eine Jahresgage von 3600 Rbl. beziehen.

— Ausser dem jungen Mädchen, welches vor Kurzem hier an Malleus verstarb, ist neuerdings ein hiesiger, am Sagorodny Prospekt wohnender Strumpfwirker Pewsner ein Opfer dieser Krankheit geworden. Wie verlautet, ist an verschiedenen Stellen der Stadt die Rotzkrankheit an Pferden constatirt worden.

— Pestnachrichten. Von der Allerhöchst eingesetzten Commission zur Verhütung der Pest wird mitgetheilt, dass am 14. October in Batum ein örtlicher Einwohner unter pestverdächtigen Symptomen gestorben ist und dass später noch ein Kranker gefunden wurde, der am 9. October mit Schwellung der Leistendrüsen bei wechselnder Temperatur erkrankt war, gegenwärtig sich aber bereits auf dem Wege zur Genesung befindet. Obschon die Untersuchung der Leiche des Verstorbenen nur eine schwere septische Erkrankung mit Entzündung der Leistendrüsen ergeben hat und die bisherigen Resultate der Untersuchung keine Veranlassung geben, im gegebenen Falle eine Erkrankung an der Pest anzunehmen, so sind doch alle erforderlichen Vorbeugungsmassregeln getroffen worden, namentlich ist auch eine Besichtigung aller aus- und einlaufenden Schiffe im Hafen von Batum und die Beaufsichtigung aller per Bahn aus Batum abreisenden Personen angeordnet worden. Zu diesem Behuf ist der Bestand der Aerzte vermehrt worden und zugleich den örtlichen Aerzten ein Vorrath des Yersin'schen Serums und Chawkin'scher Lymphe zur Verfügung gestellt worden. — In Glasgow ist die Zahl der Pesterkrankungen auf 5 gestiegen. — Aus Liverpool wird berichtet, dass ausser den amtlich bekannt gegebenen zwei Todesfällen an der Pest noch 2 bis 4 Todesfälle verdächtigen Charakters vorgekommen sind. Im Ganzen befinden sich gegenwärtig 10 Personen in Isolirung.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 13. Oct. d. J. 8758 (137 mehr als in d. Vorw.), darunter 908 Typhus — (38 wen.), 918 Syphilis — (4 wen.), 390 Scharlach — (4 wen.), 218 Diphtherie — (63 mehr), 58 Masern — (6 mehr) und 4 Pockenkranke — (2 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 7. bis zum 13. October 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
327	267	594	94	48	114	14	8	30	47	54	49	49	40	34	11	2

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 34, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 26, Scharlach 17, Diphtherie 36, Croup 3, Keuchhusten 11, Croupöse Lungenentzündung 14, Erysipelas 3, Grippe 0, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 1, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 74, Tuberculose anderer Organe 11, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 40, Marasmus senilis 27, Krankheiten der Verdauungsorgane 59, Todtgeborene 39.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 30. Oct. 1901.

Tagesordnung: F. Weber: Ueber acute Osteomyelitis der Wirbelsäule.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 19. November 1901.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Ольга Свѣтлова, Сергіевск. д. 17, кв. 19.

Frau L. A. Bogoslawskaja, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.

Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Schwester Const. Schmidt, Петерб. ст. Матвѣевская ул. д. 9, кв. 20.

Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Frau Gülzen, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 10.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Frau Hasenfuss. Мал. Подъяческ. д. 41 кв. 15.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie Pfleger und Pflegerinnen für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

Dionin

Ersatz für Codein und Morphin, besonders bei Erkrankungen der Respirationsorgane.

Largin

höchstprocentige Silbereiweiss-Verbindung, ausgezeichnet für die Gonorrhoe-, Wund- und Augentherapie.

Jodipin

bewährter Ersatz für Jodkalium. Specificum bei tertiärer Lues; bewährt bei Asthma, Emphysem u. Skrofulose.

Stypticin

bewährtes Hämostaticum vorzügl. Mittel in der gynaekolog. und zahnärztlichen Praxis.

Tannoform

ausgezeichnetes Adstringens- und Antidiarrhoicum.

Bromipin

neues Sedativum, insbesondere gegen nervöse Zustände und Epilepsie zu empfehlen.

Diphtherieheilserum

staatlich geprüft, 500-fach und 1000-fach normal.
Die reichhaltige Literatur gratis und franko.



chemische Fabrik — Darmstadt.

Fabrik chemisch-pharmaceutischer Producte

G. Hell & Comp., Troppau und Wien.

Acetopyrin.

Ein neues Antipyreticum und Antineuralgicum gegen Migraine, Neuralgien und Erkältungen, Specificum gegen Influenza, Gelenkrheumatismus und Gicht.
Dosirung; Täglich 6 Pulver à 0,5 bis 1 G am besten in Oblaten.
Siehe wissenschaftliche Abhandlungen:

1. **Dr. Winterberg, Wien** (Wiener klinische Wochenschrift Nr. 39 v. J. 1900).
2. **Dr. Frieser, Wien** (Medicin. chirurg. Centralblatt Nr. 15 v. J. 1901).
3. **Dr. Bolognesi, Paris** (Bulletin Général Therapeutique v, 30. März 1901).
4. **Dr. Laumonier, Paris** (Presse Médicale v. April 1901).
5. **Dr. Goldmann, Wien** (Allgem. Wiener Medicin. Zeitung Nr. 14 u. 15 v. J. 1901).

Honthin.

Ein neues vorzügliches Darmadstringens gegen alle Formen von Diarrhoen.
Dosirung: Säuglinge 0,3 G., Kinder 0,5 G., Erwachsene 1 G. täglich 4 bis 5 Mal.
Siehe wissenschaftliche Abhandlungen:

1. **Dr. Friedr. Bölbl, Wien** (Wiener Klin. Rundschau Nr. 25 v. J. 1900).
2. **Dr. J. W. Frieser, Wien** (Wiener Medicin. Blätter Nr. 29 v. J. 1900).
3. **Dr. Joseph Reichelt, Wien** (Wiener Klin. Wochenschr. Nr. 36 v. J. 1900).
4. **Dr. Tison, Paris** (Bulletin Officiel de la Société Medical des Practiciens Nr. 2 v. J. 1901).
5. **Dr. Goldmann, Wien** (Reichs-Medicinal-Anzeiger, Leipzig Nr. 9 v. J. 1901).
6. **Dr. Dan. Kolpaszky u. Dr. Sztankay** (Magyar Orvosi Arch. Nr. 6 v. J. 1900).

NB.: Literatur und Proben zu Versuchzwecken stehen den Herren Aerzten auf Wunsch gern zur Verfügung.

Zu beziehen durch

Stoll & Schmidt, St. Petersburg.

(117) 12—12.

PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen
Keuchhusten, Kehlkopf- u. Bronchialkatarrh.

Zu beziehen in Flaschen von ca. 250 gr. Inhalt durch jede Apotheke.
Literatur: siehe Therapeutische Beilage Nr. 7 d. D. med. Wochenschr. Nr. 27 (98); Nr. 56 d. A. M. C. Z. (99); Nr. 29 d. A. B. C. (99); Nr. 17 der Wiener Med. Bl. (1900); Wiener Aerztl. Centralztg Nr. 12 (1901).
Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16.
Dépôts: **Apotheker Ad. Marcinczik, Kiew** und **Apotheker H. Bierstümpfel, Warschau, Marszalkowska 133.**

(20) 26—21.

MARIENBAD Weltcurort (Böhmen)

Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, die stärksten Glaubersalzwasser Europas (mit 5 gr. Glaubersalz im Liter.) Indicationen: Allgemeine Verfettung, Verfettung der Leber, des Herzens, Obstipation, Plethora.
Ambrosiusbrunn, stärkster, reiner Eisensäuerling Europas (mit 0.177 gr. Eisenbicarbonat im Liter). Indicationen: Anaemie, Chlorose.
Rudolfsquelle, hervorragend grosser Gehalt an Kohlensäure, Kalk und Magnesia. Indicationen: Chronische Catarrhe der Harnorgane, Nierensteine, Diabetes, Arthritis.

Brunnen-Versendung Marienbach in Böhmen. Niederlagen in allen Apoth., Mineral-wasser- u. Droguenhandl.

(58) 17—13.

Mikroskope Ernst Leitz
zu Fabrikpreisen empfiehlt **Moritz Goldberg,** St. Petersburg, Woskressenskaja № 11.
(33) 1—1.

Довв. ценз. Спб., 27 Октября 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 44 St. Petersburg, 3. (16.) November 1901

Ein Fall von Akromegalie combinirt mit Myxoedem.

Von
Dr. med. Oscar Burchard,
Riga.

Folgender Fall von Akromegalie bietet in differenzial-diagnostischer Beziehung so manches Interessante und so manche Schwierigkeit.

S. W., 23 a. n., aus Litthauen gebürtig, stammt aus gesunder Familie, in der weder Geisteskrankheiten, Nervenleiden, Tuberkulose, noch auffallend grosser Wuchs beobachtet worden sind. Der Vater der Patientin lebt, ist gesund; die Mutter ist früh gestorben — unbekannt woran; drei gesunde Geschwister leben. Keine gestorben. Die Patientin selbst war ein gesundes, kräftiges Kind; erkrankte 14 a. n. an Diphteritis und konnte sich seit dieser Zeit nicht mehr so recht erholen; im 15. Lebensjahr traten die Menses auf, die stets 6 Tage dauerten. Den Anfang ihrer jetzigen Krankheit datirt die Patientin auf c. 5 Jahre zurück; Nase und Lippen begannen zu schwellen, es stellten sich Vertaubungsgefühle in Händen und Füssen ein und bald entwickelte sich an diesen eine stetig zunehmende Vergrösserung, im Lauf der nächsten Zeit zeigte sich Gedächtnissschwäche, Abnahme der Intelligenz und apathisches Wesen; Gehör und Sehkraft nahmen ab, die grossen Hände wurden ungelenk, es stellten sich intensive Kopfschmerzen, häufiger Schweissausbruch und vermehrte Thränensecretion ein. Seit 2 Jahren gänzliches Cessiren der Menses, an Stelle derselben tritt fast jeden Monat ein c. 6 Tage dauerndes Oedem der Arme und Augenlider ein. Seit einigen Monaten Schmerz im linken Fussrücken beim Gehen, so dass Patientin hinken muss. Die Körperlänge beträgt nur 154 cm., die Patientin ist also unter Mittelgrösse, da als Durchschnittsgrösse der Frauen 160 cm. gelten, dabei hat aber der Kopf, an der Stirne über den Augenbrauen gemessen, einen Umfang von 57 cm., er ist also im Vergleich zur Körperlänge ein recht beträchtlicher; eine ausgesprochen ovoide Gestalt des Kopfes ist nicht vorhanden, ebenso wenig ein cranium progeneum, ein deutliches Hervortreten des Unterkiefers fehlt. Die Nase ist vergrössert; die Lippen, besonders die Oberlippe sind wulstig und voluminös, so dass das Gesicht einen ungeschlachten Eindruck macht; die Schleimhaut der Mundhöhle ist aufgelockert und erscheint verdickt; die Zunge ist breit, von etwas bläulicher Farbe; sie misst in der Breite 6 cm. Ein Vorstehen der unteren Zahnreihe über die obere ist nicht vorhanden. Die Kopfhaare sind reichlich. Der rechte Augapfel weicht in Folge einer Parese des musculus rectus inferior nach oben ab; die Pupillarreaction ist beiderseits stark herabgesetzt; es besteht centrales Farbenscotom und auf dem rechten Auge temporale Abblassung der Pupille, also Parese des Nervus oculomotorius und Anzeichen beginnender Sehnervenatrophie. Dr. v. Hedenstroem hatte die Liebenswürdigkeit die, bei der geringen Intelligenz der Patientin sehr schwierigen Augenuntersuchungen vorzunehmen. Ferner bestehen fast beständig Kopfschmerzen, die Intelligenz ist herabgesetzt, das Gedächtniss schwach; das Temperament der Patientin hat sich sehr verändert, sie sitzt meistens ruhig da ohne sich viel zu bewegen, eine gewisse Apathie ist über sie gekommen, nichts macht ihr Freude, sie scheint oft verstimmt zu sein, lacht fast nie. Die Thränensekretion ist bedeutend gesteigert, oft rollen ihr die Thränen ohne besonderen Anlass über das Gesicht. Die Sprache ist langsam und schwerfällig ist weniger fliessend geworden; wenn man sie schnell zählen lässt, so stolpert sie rasch mit der Zunge. Die Stimme, die früher hoch und hell gewesen ist, ist tief und rauh geworden; die Angehörigen geben an, dass die Stimme dazwischen so klinge, als ob sie aus dem Keller komme. Der Hals erscheint breit, Umfang 37 cm., die Schilddrüse ist palpabel. Die sternalen Claviculaenden sind stark entwickelt und hervorstehend, das Sternum ist breit und stark. Der Umfang des Thorax beträgt oberhalb der Mammae gemessen 97 cm., also 20 cm. mehr als die Hälfte der Körperlänge; eine Kyphose ist nicht zu constatiren, vielleicht ist der obere Theil der Brustwirbelsäule stärker gewölbt. Ueber dem unteren Theil des Manubrium sterni erscheint der Percussionsschall abgeschwächt. Der zweite Aorten- und Pulmonalton sind verstärkt. An den inneren Brust- und Bauchorganen ist sonst nichts Abnormes zu constatiren. Die Hände der Patientin bieten auffallende Veränderungen dar; sie sind plump, breit und massig geworden, grösser als sie früher waren; sie bieten den «type en large», den Typus der verbreiterten, massiven Hand dar; die Volumszunahme der Hände hängt hauptsächlich von den Weichtheilen ab; das ist durch die vielen Röntgen-Aufnahmen, die bei der Akromegalie gemacht worden sind, auch als die Regel erwiesen worden. Die Röntgenbilder der Hand unserer Patientin, die Dr. v. Sengbusch angefertigt hat, zeigen dieses Verhältniss der Weichtheile zu den Knochen in ausgezeichneter Weise. Zugleich ist ersichtlich, dass während die Metacarpalknochen von normaler Grösse erscheinen, die Phalangealknochen für eine Frauenhand auffallend plump und dick sind, so dass das Volumen und die Breite derselben vermehrt erscheint. Die Endphalange des rechten Zeigefingers weist Veränderungen auf die auf eine Quetschung mit consecutiver Fractur des Knochens zurückzuführen sind. Die Haut der Hände ist trotz der Vergrösserung derselben sehr reichlich, dabei deutlich verdickt, sie kann in grossen Falten erhoben

werden, ist auf der Unterlage bequem verschieblich, dabei ist sie weder abschilternd noch trocken; die Linien der Hohlhand sind tief und ausgeprägt.

Die Nägel sind auffallend kurz, dabei aber breit und nicht rissig oder deformirt; die ganze Configuration der Hände ist die den natürlichen Verhältnissen entsprechende, es bestehen weder abnorme Verkrümmungen noch Verunstaltungen. An beiden Unterarmen und Händen bestehen Akroparästhesieen; sie werden als ein Vertauben, Kribbeln und Gefühl von Eingeschlafensein geschildert. An der Rückseite der Oberarme kleine Teleangiectasieen. Die Füsse sind plump und massig, beide vergrössert; an Unterschenkeln und Füssen Akroparästhesieen; während der rechte Fuss im Grossen und Ganzen denselben Charakter wie die Hände trägt, finden wir am linken bedeutende Abweichungen. Vor allem besteht am Dorsum des linken Fusses in der Gegend der Tarsalknochen eine recht beträchtliche Schmerzhaftigkeit, die vor einigen Monaten aufgetreten ist und die Patientin zum Hinken nöhtigt; in Ruhelage des Fusses besteht kein Schmerz, Bewegungen welche die Tarsalgelenke in Anspruch nehmen, rufen Schmerz hervor. Der linke Fuss ist viel massiger als der rechte, die Haut nicht in Falten zu erheben, prall, erscheint oedematös, dabei bleibt auf Fingerdruck keine Grube zurück, sondern man hat es mit einer speckig sich anfühlenden Masse zu thun, die überhaupt schwer eindrückbar erscheint. Die Sohle des Fusses hat eine livide bläuliche Farbe, die übrigens auch in geringem Grade an der rechten Fusssohle vorhanden ist. Die Veränderungen der Haut des linken Fusses bieten das Bild einer myxomatösen Erkrankung dar. Das Röntgenbild des linken Fusses zeigt deutlich die massigen Weichteile und die plumpe Configuration des Fusses. Bei der Durchleuchtung war auf dem Schirm ein auffallender Unterschied in dem Bilde der beiden Füsse zu constatiren; während beim rechten Fuss das Bild der Knochen scharf und begrenzt war, erschienen die Knochen des linken Fusses verschwommen und mit undeutlichen Contouren, so dass die Gelenkspalten nicht deutlich sichtbar waren. Da ein derartiges Verhalten bei Exsudaten die Regel ist, so ist der Grund dieser Erscheinung wohl in den myxomatösen Veränderungen des Fusses zu suchen. An den Unterschenkeln finden sich zahlreiche, kleine varicoese Erweiterungen und Teleangiectasieen, am rechten Fuss eine grosse Anzahl Warzen. Es besteht am ganzen Körper eine grosse Neigung zu Schweissabsonderung, die zu Zeiten sogar eine ganz profuse sein soll. Der Puls beträgt 70 Schläge in der Minute, die Temperatur 36,5. Harn hellgelb, klar, reagirt sauer, enthält weder Eiweiss noch Zucker. Die Sehnenreflexe sind etwas gesteigert. Die Patientin ist wohlgenährt und hat einen reichlich entwickelten panniculus adiposus, trotzdem dass seit c. 2 Jahren Appetitlosigkeit und sehr geringe Nahrungsaufnahme bestehen soll. Anfang August begann ich der Patientin Thyreoidintabletten zu geben; Ende des Monats war die myxomatöse Beschaffenheit der Haut des linken Fusses fast verschwunden, die Schwellung hatte bedeutend abgenommen, die Haut war wieder in Falten zu erheben, die livide Färbung der Fusssohle ist abgeblasst und viel weniger ausgesprochen. Die krankhaften Erscheinungen am übrigen Körper waren, wie zu erwarten war, vollständig unbeeinflusst geblieben.

Mit Berücksichtigung der Anamnese und der vorhandenen Krankheitserscheinungen der Patientin ist es möglich, die Diagnose «Akromegalie» zu stellen. Von den weit über 200 Fällen von Akromegalie, die bis vor 4 Jahren beschrieben worden sind, sind durch nachträgliche Revision eine grosse Zahl als in ein anderes Krankheitsbild gehörig, ausgeschieden worden; so haben namentlich viele Fälle von Myxoedem, sporadischem Cretinismus, Osteoartropathie hypertrophiante, partieller Makrosomie und andere zu Verwechselungen Anlass gegeben; ebenso ist auch das Umgekehrte vorgekommen, Fälle von Akromegalie sind als Myxoedem beschrieben worden.

Die Ursache zu diesen Verwechselungen liegt theilweise in dem Umstande, dass diese Krankheiten vielfach in verwandtschaftlicher Beziehung zu einander stehen, die theilweise noch unaufgeklärt, theilweise bekannt sind; ich erinnere nur an die Beziehungen der Schilddrüse zur Hypophysis cerebri. Bei den jetzt vorhandenen Untersuchungsmethoden und der augenblicklichen Kenntniss von den Symptomen der Akromegalie wird man in vorgeschrittenen Fällen wohl stets die richtige Diagnose stellen können; anders verhält sich die Sache im Anfangsstadium, wo, namentlich bei den chronisch verlaufenden Fällen, oft nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose möglich sein wird. Was unsere Patientin betrifft, so erwecken das äussere Aussehen, die Form der Nase und Lippen, die breite Zunge, die gleichmässige Vergrösserung der Hände und Füsse ohne Deformation, die tiefe Stimme, die Hautbeschaffenheit, die Augen- und Hirnsymptome, das Ausbleiben der Menses und die Akroparaesthesieen sofort den Verdacht auf Akromegalie. Es erübrigt nur, die Differenzialdiagnose zu sichern durch Ausschluss einiger anderer Krankheiten, die ähnliche Veränderungen des Körpers bewirken können. In erster Linie kommt hier das Myxoedem in Betracht. Auch bei dieser Krankheit finden wir Hirn- und Augensymptome, Vergrösserung der Extremitäten, dicke Zunge, tiefe Stimme, verlangsamte Sprache, Kopfschmerzen, unregelmässige Menses; die Haut aber zeigt eine ganz eigenthümliche Beschaffenheit; vor allen Dingen besteht ein Oedem, das beim Druck keine Grube hinterlässt, die Haut ist unelastisch, wie harter Speck, trocken und abschilfernd; im Gegensatz dazu lässt sich die Haut unserer Patientin in grossen Falten erheben, ist feucht und oft mit Schweiss bedeckt, es besteht nirgends Abschilferung; dabei ist die Hautfarbe normal und nicht wie bei Myxoedem blauroth oder livid; ich sehe hier von der Beschaffenheit des linken Fusses ab und komme später darauf noch zurück.

Auch die gesteigerte Transpiration und Thränensecretion sprechen direkt gegen Myxoedem, dasselbe lässt sich von den gesteigerten Sehnenreflexen sagen. Ein constanter Befund bei der Akromegalie ist die Vergrösserung der Hypophyse, die zu beträchtlicher Tumorbildung führen kann; auch bei Myxoedem vergrössert sich die Hypophyse, aber lange nicht in demselben Maasse, so dass Drucksymptome von Seiten des Tumors wohl nie beobachtet werden. Wir sehen nun bei unserer Patientin Erkrankungssymptome des Opticus, die allerdings auch bei Myxoedem vorkommen, aber, was das Wesentliche ist, combinirt mit Parese des Oculomotorius. Läsionen des Opticus und Oculomotorius gehören nun zu den gewöhnlichen Drucksymptomen einer vergrösserten Hypophyse bei Akromegalie, während Läsionen des Oculomotorius bei Myxoedem, so viel ich weiss, nicht beobachtet worden sind. Auch müssten bei einem 5 Jahre lang bestehendem Myxoedem die Apathie und die Intelligenzstörungen viel stärker ausgesprochen sein als in unserem Fall. Beim Myxoedem sind nur die Weichtheile verändert, die Knochen bleiben stets intakt; das Röntgenbild zeigt aber, dass die Phalangealknochen der Hand auffallend mächtig und stark sind. Das Thyreodin ist ein fast specifisch wirkendes Mittel, das bei Myxoedem stets bedeutende Besserung, gewöhnlich Schwund aller Krankheitssymptome bewirkt; in unserem Fall ist ein, einen ganzen Monat dauernder Gebrauch, abgesehen von den Veränderungen am Fuss, auf die Krankheit ohne jeglichen Einfluss geblieben; man kann auch hier, ähnlich wie bei der Quecksilber- und Jodtherapie bei der Syphilis, aus dem mangelnden Erfolg der Therapie ein bestehendes Myxoedem ausschliessen.

Dass das benutzte Präparat aber wirksam war, sehen wir aus seinem Einfluss auf die myxomatöse Veränderung des linken Fusses. Diese Veränderungen waren nur als partielle myxomatöse Erscheinungen aufzufassen, obgleich ein Abschilfern der Haut auch hier noch nicht vorhanden war, der Umfang des Fusses, der, in der Mitte gemessen, 29 cm. betrug, ging beim Gebrauch des Thyreodins auf 27 cm. zurück; die livide Färbung an der Fusssohle wurde bedeutend geringer, die Haut ist abgeschwollen, wieder in Falten zu erheben und hat ihren oedematösen und speckigen Charakter verloren. Solche Fälle, wo zur Akromegalie sich myxomatöse Hautveränderungen hinzugesellen, sind schon oft beob-

achtet worden. Comini, Sears, Schiff haben solche Fälle beschrieben.

Wenn wir bedenken, dass die Basedow'sche Krankheit, bei der nach Ansicht von Möbius und vieler anderer Autoren krankhafte Hyperfunction der Schilddrüse vorliegt, nach längerem Bestehen relativ oft in Myxoedem übergeht, also in einen direkt entgegengesetzten Krankheitszustand, bei dem die Schilddrüsenfunktion erloschen ist, so liege der Gedanke nahe, dass die Hyperfunction zu einer Erlahmung der Drüsenthätigkeit, oder zu einer Atrophie der Drüsensubstanz geführt hat. Aehnlich ist wohl auch das Zustandekommen myxomatöser Veränderungen bei der Akromegalie zu erklären. Die Hypophyse, die stets bei Akromegalie vergrössert ist, steht zur Thyreoidea in naher Beziehung; bei Myxoedem, wo die Schilddrüsenfunktion erlischt, hypertrophiert die Hypophyse, bei Akromegalie, wo die Hypophyse erkrankt ist, finden sich fast konstant krankhafte Veränderungen der Thyreoidea; ob diese dabei hypertrophirt oder nicht, bleibt sich gleich; dass aber ein Organ, dass entweder durch die mangelnde oder krankhafte Function eines anderen Organs geschädigt ist, oder das sogar eventuell die Function eines anderen Organs zu übernehmen bestrebt ist, die eigene Funktion gelegentlich nicht genügend zu verrichten im Stande sein wird, ist erklärlich, und daher auch die Combination zwischen Akromegalie und Myxoedem nichts Verwunderliches. — Was den Cretinismus betrifft, so sind häufig Verwechselungen mit Akromegalie vorgekommen, allerdings wohl nur im Kindesalter; es genügt, anzuführen, dass bei unserer Patientin die Erkrankung sich erst im 18. Lebensjahre entwickelt hat. — Bei der Osteitis deformans von Paget fehlt die in unserem Falle vorhandene Zunahme der Weichtheile und sind die Veränderungen nicht, wie hier, symmetrisch; auch die tumorartige und die diffuse Hyperostose zeigt keine Weichtheilveränderungen.

Merkwürdiger Weise sind viele Fälle von angeborener partieller Vergrösserung oder Makrosomie als Akromegalie beschrieben worden. Sternberg zählt 7 Autoren auf, die diesen Irrthum begangen haben; in unserem Falle schliessen das symmetrische Auftreten der Erkrankung an allen 4 Extremitäten und die Allgemeinerscheinungen eine Verwechselung aus; letzteres gilt auch von den sehr seltenen Fällen erworbener Makrosomie. Bei der bei Syringomyelie beobachteten Vergrösserung der Hände und Finger, sind diese stets deformirt und verkrümmt, haben also einen wesentlich anderen Charakter. Sternberg citirt 6 Autoren, welche Fälle von Osteoarthropathie hypertrophiante als Akromegalie beschrieben haben; der Umstand, dass die Hände unserer Patientin nicht deformirt sind, die Finger keine trommelschlegelartigen Verdickungen zeigen, die Vorderarme nicht ergriffen sind, andererseits Weichtheilveränderungen des Gesichtes und die Allgemeinsymptome vorhanden sind, genügt, diese Erkrankung auszuschliessen.

Es giebt noch eine durch verschiedene Ursachen bedingte neurotische Hypertrophie der Hände und Füsse, die aber wegen der vorhandenen Allgemeinerscheinungen nicht in Betracht kommt. Es handelt sich hier um sehr interessante und seltene Krankheitserscheinungen, deren Ursache theilweise unbekannt ist und die mit dem rein symptomatischen Namen Akroasphyxia hypertrophica benannt worden sind; solche Fälle sind mehrfach als Akromegalie aufgefasst worden; sie stehen oft zur Erythromelalgie und zur Raynaud'schen Krankheit in naher Beziehung und zeichnen sich durch Symptome aus, die den Veränderungen an den Extremitäten und dem Gesicht unserer Patientin sehr nahe stehen; denn ebenso wie bei der Akroasphyxia hypertrophica finden wir auch hier sensible Störungen: die Akroparästhesieen, secretorische: die Hyperhidrosis — vasomotorische: die livide Färbung der Fusssohlen. — trophische: die Hypertrophie der Gewebe; ja, in einem Fall von atypischer Erythromelalgie fand sich auch Verdickung der Handknochen; sollten sich zu solch' einem Falle, wie es ja bei der Erythromelalgie häufig vorkommt, noch Symptome eines ausserdem bestehenden Gehirnleidens hinzugesellen, so kann in der That die Differenzialdiagnose Schwierigkeiten machen, wenn nicht, wie in unserem Fall, die Entstehungsweise der Erkrankung, die Art der Gehirnsymptome, die vergrösserte Zunge, das frühzeitige Climacterium, die veränderte Stimme genügende differenzialdiagnostische Momente darbieten. Was die livide Farbe der linken, und in geringem Grade der rechten Fusssohle betrifft, so ist sie entschieden ein nicht zum Bilde der Akromegalie gehöriges Symptom; ich möchte jedoch darauf hinweisen, dass, wie so oft bei Akromegalie, auch hier sich an den Unterschenkeln so zahlreiche Venenectasieen vorfinden, dass es sich möglicherweise nur um einen durch diese bedingten behinderten Abfluss des Venenblutes handelt; jedoch erscheint es viel wahrscheinlicher, dass die livide Farbe durch Myxoedem, bei dem es ja typisch ist, bedingt ist, wofür ja auch der Umstand spricht, dass mit der Verabfolgung von Thyreoideatabletten die livide Färbung bedeutend geringer geworden ist.

So ist denn nach Ausschluss aller anderen in Betracht kommenden Krankheiten die Annahme einer mit partiellem Myxoedem combinirten Akromegalie gerechtfertigt und zwar handelt es sich um jene seltenere Form, die wegen des Mangels der Unterkiefervergrösserung als «forme fruste» beschrieben worden ist. Campbell, Hare, Mackie Whyte haben solche Fälle veröffentlicht.

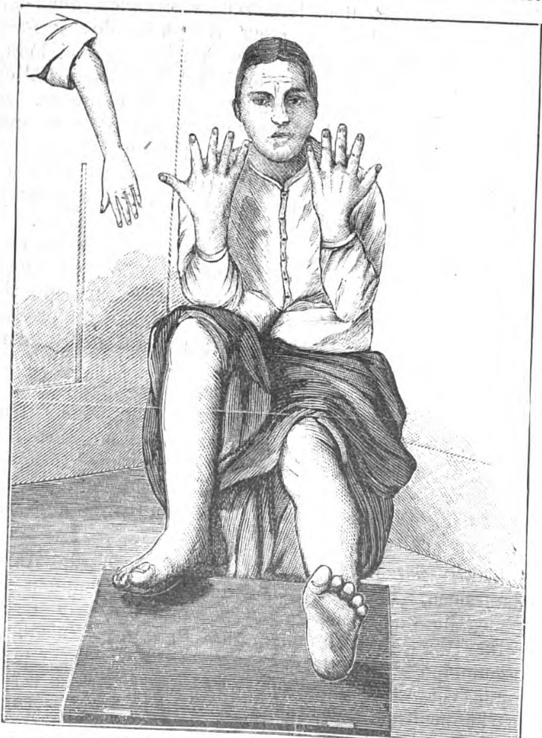
Im Allgemeinen unterscheidet man 2 Typen von Akromegalie, einen mit vorwiegender Knochenbetheiligung und einen mit vorwiegender Weichtheilbetheiligung, unser Fall ist entschieden dem letzteren zuzurechnen, denn mit Ausnahme des relativ grossen Schädels, des grossen Brustkastens und der verdickten Phalangen sind keine Knochenveränderungen zu eruiren. In vielen Fällen von Akromegalie besteht Kyphose der Wirbelsäule, so dass im Verein mit dem vorspringenden Sternum der Thorax wie mit einem doppelten Höcker behaftet erscheint. Ein stark entwickeltes Sternum ist auch bei unserer Patienten vorhanden; der Umfang der Brust über dem Sternum gemessen, beträgt 20 cm. mehr, als die halbe Körperlänge; der Thorax würde also, wenn eine Kyphose sich noch ausbilden sollte, ein ganz enorm breiter werden. Die Oculomotoriusparese und die beginnende Sehnervenatrophie sind wohl kaum anders als durch den Druck des Hypophysentumors auf die Stämme der Nerven zu erklären; dabei deutet die nicht gleich starke Betheiligung der beiden Seiten auf eine stärkere Entwickelung des Tumors nach rechts hin; eine bitemporale Hemianopsie, das klassische Symptom des Hypophysentumors, lässt sich nicht nachweisen, doch besteht diese oft nur für Farben und würde dann bei der mangelhaften Intelligenz der Patienten wohl nur sehr schwer zu eruiren sein.

Subjektiv am unangenehmsten erweisen sich die Akroparästhesieen, die ja ein bekanntes Frühsymptom der Akromegalie sind; doch geben sie zum Glück in Bezug auf ihr Verschwinden eine gute Prognose. Reichliche Warzenbildung, wie sie bei unserer Patientin vorliegt, ist auch von Anderen, so von Vertraeten und Erb-Arnold beobachtet worden. Auffallend ist die Appetitlosigkeit unserer Patientin, es wird bei Akromegalie sonst gerade oft Polyphagie gefunden, doch sind, wenn auch selten, auch dyspeptische Erscheinungen, so von Péchadre, beobachtet worden. Ich möchte Sie auf

eine sehr interessante Erscheinung, die ich leider selbst nicht zu Gesicht bekam, hinweisen, das sind die periodischen Schwellungen der Arme und Augenlider der Patientin; sowohl diese selbst wie ihre Umgebung, beschreiben aber das Vorkommen und den Verlauf derselben so bestimmt und genau, dass ich keinen Grund habe, Zweifel an der Wahrheit der Schilderung zu erheben.

Seit dem Aufhören der Menses bis zuletzt vor ca. 3 Monaten, traten fast jeden Monat auf ca. 6 Tage, der früheren Dauer der Periode, Schwellungen der Arme und auch der Augenlider ein, die so hochgradig waren, dass sie der Umgebung auffielen. Ob es sich um ein eindrückbares Oedem gehandelt hat, konnte ich nicht constatiren. Die Hautfarbe soll eine normale geblieben sein. Man kann wohl diese Schwellungen nicht anders deuten, als dass man sie entweder in die Kategorie jener symptomatischen, intermittirenden Oedeme rubricirt, wie sie bei verschiedenen, schweren Krankheiten des Centralnervensystems, wie Syringomyelie, Gasembolie des Rückenmarkes, Gliosis etc. vorkommen, oder dass man sie als eine für die Menstruation vicariirend eintretende Erscheinung auffasst. Der Umstand, dass solche Schwellungen auch bei Morbus Basedowii, einer zur Akromegalie in naher Beziehung stehenden Krankheit, vorkommen, weist allerdings darauf hin, dass das Oedem bei beiden vielleicht dieselbe genetische Ursache haben könnte. So viel mir bekannt ist, sind diese passagären Schwellungen bei Akromegalie noch nicht beobachtet worden.

Was die Therapie betrifft, so hoffte man in letzter Zeit durch Thyreoidea- und Hypophysenpräparate die Krankheit beeinflussen zu können. Ich habe meiner Patientin anfangs nur eine Thyreoideatablette gleich 0,1 Gramm Schilddrüsensubstanz verabreichen können, da bei einer Steigerung der Dosis sich sofort Oppressionsgefühl und Verstärkung der Kopfschmerzen einstellten:



erst allmählich konnte ich bis auf 3 Tabletten täglich steigern. Der Effekt war eine Beseitigung der myxomatösen Veränderung des Fusses und Aufhören der Schmerzen in den Tarsalgelenken, die akromegalischen Symptome blieben unbeeinflusst. Benda schliesst sich auf Grund seiner mikroskopischen Untersuchungen von Hypophysentumoren der von Hansemann vertretenen Ansicht an, dass als veranlassendes Moment der akromegalischen Symptome nicht, wie Pierre Marie meint, eine Ausfallerscheinung, sondern im Gegentheil eine pathologische Funktionssteigerung der Hypophyse wahrscheinlicher erscheint.

Wenn diese Annahme richtig ist, dann würde eine Behandlung der Akromegalie mit Hypophysispräparaten wohl nichts Anderes bedeuten, als Oel ins Feuer giessen, doch meine ich, dass bei der Ungewissheit, die über den wirklichen Stand der Verhältnisse herrscht, es nicht von der Hand zu weisen ist, dass zugleich mit einer pathologischen Funktionssteigerung das vermehrte Sekret qualitativ derartig verändert sein kann, dass trotz der gesteigerten Funktion Zuführung gesunden Hypophysensaftes dennoch als ausgleichender und heilender Faktor wirken könnte.

Literatur

theilweise citirt nach Sternberg.

Comini: Archivio per le scienze mediche XX, 1896, pag. 435.

G. Sears: A case of Acromegalie. The Boston Med. and Surgical Journ. 1896. Vol. CXXXV pag. 16.

Schiff: Wiener klin. Wochenschrift 1897 S. 277.

Möbius: Die Basedowsche Krankheit. Wien 1896.

Sternberg: Die Akromegalie. Wien 1897.

Campbell: Two cases of Akromegaly. Transact of the Clin. Society London 1890, pag. 257.

Hare: A case of Akromegaly. Journ. of Nerv. and Ment. Discase 1892 pag. 250 und pag. 237.

Mackie White: A case of Acromegaly. The Lancet. 1893, I, pag. 642.

Verstraeten: L'acromégalie. Revue de médecine, 1889, pag 377.

Erb-Arnold, citirt nach Sternberg.

Péchadre: Un cas d'acromégalie. Revue de méd. 1890, pag. 175.

C. Benda: Die mikroskopischen Befunde bei vier Fällen von Akromogalie. Deutsche med. Wochenschrift 1901, Heft 32 und 33.

Hansemann, citirt nach Benda.

Pierre Marie: Sur deux cas d'acromégalie etc. Revue de médecine, 1886, pag. 298.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

v. Behring. Diphtherie. (Begriffsbestimmung, Zustandekommen, Erkennung und Verhütung.) Bibliothek v. Coler, herausgegeben von O. Schjerning. Bd. II. (Berlin 1901. Hirschwald.)

Nachdem die Diphtherie in den letzten Decennien des verflossenen Jahrhunderts durch die Entdeckung ihres Erregers, sowie die erfolgreich durchgeführte aetiologische Therapie in hohem Masse das Interesse der medicinischen Welt gefesselt hatte, dürfte es von Interesse sein von einem der erfahrensten Autoren auf diesem Gebiete eine zusammenfassende Uebersicht über den gegenwärtigen Stand der ganzen Diphtheriefrage die maassgebende Meinung zu hören.

Die strittigen Fragen nach der Abgrenzung des bakteriologischen und klinischen Begriffs der Diphtherie nach der Bedeutung des Bacillennachweises, nach der zweckmässigsten Methode der Bekämpfung der Epidemie werden durch entschieden ausgesprochene Thesen in dem einen oder dem andern Sinne entschieden. Ob diese Entscheidungen den practischen Arzt wie den Bakteriologen befriedigen werden, dürfte dahin gestellt bleiben. Als Glaubensbekenntniss muss man es gelten lassen.

Sonderbar berührt es, wenn die zusammenfassende Uebersicht, die durchaus doch auch kurz und klar sein will, seitenlange Citate aus andern Werken anführt, in denen man den Faden verliert, und die stellenweise als fremde Worte nur aus in Fussnoten ausgesprochenen abweichenden Meinungen des Verfassers, erkannt werden können.



Mit der völligen Geringschätzung der Isolations- und Desinfectionsmaassregeln kann man sich wohl kaum einverstanden erklären, zumal die warmempfohlene Praeventivimpfung, selbst wenn sie als ganz irrelevanter Eingriff zu betrachten wäre eine zu kurz dauernde Immunität schafft und genauere Angaben zu deren Anwendung vermisst werden.

Ucke.

Rob. Sommer: Diagnostik der Geisteskrankheiten für praktische Aerzte und Studirende. Zweite umgearbeitete und vermehrte Auflage. Mit 39 Illustrationen. (Urban und Schwarzenberg. 1901).

Den analytischen Charakter des Buches, welcher den grossen Vorzug seiner ersten Auflage bildete, hat der Giessener Professor auch in der zweiten beibehalten, und namentlich in dem neu angegliederten Abschnitte der allgemeinen Diagnostik durchgeführt. Dem Leser wird nicht eine abstracte Aufzählung sämmtlicher psychopathologischer Erscheinungen vorgeführt, sondern die Art und Weise, wie man in concreten Krankheitsfällen mit einfachen Untersuchungsmethoden zur Erkenntniss und richtigen Beurtheilung der wesentlichen Symptome gelangt. Im speciellen Theile werden gleichsam klinische Demonstrationen veranstaltet; an der Hand thatsächlich beobachteter Krankheitsfälle wird die methodische Analyse in differential-diagnostische Kritik der Symptomencomplexe geübt. Auf diesem Wege wird das Inteesse des Lesers stets gefesselt und die leitenden Gesichtspuncte prägen sich ihm leichter und fester ein. Das Buch wird Jedem, der es durchstudirt, vorzügliche Dienste leisten. Michelson.

H. Dürck. Atlas und Grundriss der speciellen pathologischen Histologie. II Band. (Leber. Harnorgane, Geschlechtsorgane, Nervensystem, Haut, Muskeln, Knochen). Lehmann's medicin. Handatlanten Bd. XXI. (München 1901 J. F. Lehmann. Mk. 11).

Die Lehmann'schen Handatlanten erfreuen sich einer derartigen Verbreitung und haben sich soviel Freunde erworben, dass es hier genügen müsste, darauf hinzuweisen, dass der II. Band der pathologischen Histologie erschienen ist. Die Wiedergabe der histologischen Bilder ist jedoch eine so gelungene, den kurzen klargefassten Text ausgezeichnet illustrirende, dass es hier nicht mit Stillschweigen übergangen werden kann.

Wir zweifeln nicht, dass auch dieser neue Abschnitt der medicinischen Wissenschaft in der Form eines Atlas in die Kreise zumal der Studirenden Eingang finden wird und erwarten den versprochenen III. Band, der die allgemeine pathologische Histologie behandeln soll und zum Ende des laufenden Jahres erscheinen wird. Ucke.

Mittheilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 7. März 1901.

1. Das Protocoll der Sitzung vom 7. Februar wird verlesen und angenommen.

Dr. H. Berg theilt im Anschluss an die Protokollverlesung mit, dass der von ihm angeführte Ausspruch Fürbringer's sich in der «Deutschen med. Wochenschrift» vom Jahre 1900, Vereinsbeilage № 45, finde und verliest den betr. Passus.

2. Dr. Gerhard Kieseritzky referirt über einen Fall von doppelseitiger eitriger Conjunctivitis eines Neugeborenen, hervorgerufen durch den Friedländerschen Pneumobacillus, welcher sich in grosser Zahl und in Reincultur im Conjunctivalsekret vorfand. Ausgiebige Untersuchung durch Kultur und Thierversuch hat stattgefunden, ebenso ein Vergleich mit unzweifelhaftem Pneumobacillenstamm. Durch Uebertragung von Reinkulturmasse des gefundenen Mikroorganismus in den Conjunctivalsack eines Kaninchens liess sich keine Conjunctivitis hervorrufen. Da, abgesehen von den Fällen von Ammon, in welchen eine beweisende bakteriologische Untersuchung nicht stattgefunden hat, dem Redner weitere Literatur nicht zur Verfügung stand, so wandte er sich an Axenfeld mit der Bitte um nähere Angaben. Darnach haben Brayley und Eyre 1896 eine «Membrane of Caruncle, due to Fr. Pn. B.» demonstrirt. Eine Mittheilung derselben Autoren in The Lancet hat Redner nicht zur Verfügung gestanden. Schliesslich liegt die Angabe Groenomd's vor, dass er in einem Falle von Bindehautentzündung bei einem Neugeborenen neben dem Gonococcus zahlreich Pneumobacillen fand, ein Fall, aus welchem natürlich nicht die conjunctivitiserregende Eigenschaft derselben hervorgeht. (Autoreferat).

Dr. Zwingmann erkundigt sich nach dem Verlauf des Falles.

Dr. Kieseritzky: Das Kind sei 2 Tage lang im Kinderhospital von ihm beobachtet, dann entlassen worden; nach 14 Tagen habe Redner das Kind wiedergesehen und einen vollständig normalen Augenbefund constatiren können.

3. Dr. Kikuth hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber die Frühdiagnose der Lungentuberculose.

Die Erkenntniss, dass die Tuberculose heilbar ist, ist Gemeingut aller Aerzte geworden und kann in der That die Lungentuberculose in allen Stadien der Erkrankung heilen. Sollen jedoch unsere therapeutischen Bestrebungen, die zur Zeit in der Heilstättenbehandlung gipfeln, Früchte tragen, dann ist es durchaus nothwendig, eine möglichst frühzeitige Diagnose zu stellen, eine Diagnose noch ehe Tuberkelbacillen im Auswurfe erscheinen. Um das zu erreichen, sollen die Störungen von Seiten aller anderen Organen berücksichtigt werden, wie die der Blutbildung, der Circulationsorgane, der Verdauungsorgane und die des Nervensystems. Der Zusammenhang zwischen Chlorose und Tuberculose ist längst bekannt. Man achte auf eine eventuelle Beschleunigung des Pulses bis zu 100 und 120 und mehr Schlägen in der Minute; ferner achte man auf die bei der Tuberculose vorkommende Reizbarkeit der Vasomotoren. Ein frequenter Puls soll die Prognose im allgemeinen verschlechtern. Ebenso sorgfältig beobachte man die Temperatur, die bei ihrer Labilität unbedingt zweistündlich gemessen werden muss; ein Ansteigen derselben auf 37,4 bis 37,5 muss als Fieber angesehen werden. Auf event. Verdauungsstörungen, auf Störungen des Nervensystems richte man sein Augenmerk. Weiter forsche man nach einer event. vorausgegangenen Hämoptoe, nach Ausbleiben der Menstruation, nach Schmerzen in der Schulter; nach Husten mit und ohne Auswurf, obwohl diese beiden letzten Symptome bei der beginnenden Tuberculose ganz fehlen können. Bei den der Tuberculose verdächtigen Kranken ist es ferner unsere Pflicht nach Katarrhen der gesammten Luftwege zu fahnden, wie es umgekehrt die Pflicht eines jeden Rhino- und Laryngologen ist, bei Affectionen der oberen Luftwege nach Veränderungen in den Lungen zu suchen. Trockene und exsudative Pleuritiden, lobuläre und lobäre Pneumonien schliessen sich häufig an einen tuberculösen Herd an. Oft werden diese Pneumonien durch den Influenzabacillus hervorgerufen, lenken durch ihren schleppenden Verlauf den Verdacht des Arztes auf den zuvor nicht beachteten tuberculösen Herd in der Lunge.

Auch die Inspection und Palpation versäume man nie. Die kranke Stelle bleibt gegenüber der symmetrischen der anderen Seite zurück. Sind keine erheblichen Thoraxdifformitäten vorhanden, dann ist das Nachschleppen einer Lungenspitze ein sicheres Zeichen von Erkrankung derselben; denn flächenhafte Verwachsungen der Pleura ohne Lungenerkrankung kommen über der Spitze wohl kaum vor. (Turban).

Zu den frühesten physikalischen Symptomen der beginnenden Lungentuberculose gehören das rauhe oder unreine, das abgeschwächte und das abgeschwächtrauhe Vesiculärathmen. Das rauhe Athmen ist nicht mit dem verschärften zu verwechseln, sondern es erscheint aus einer Reihe von kurzen, dicht hinter einander folgenden Geräuschen zusammengesetzt; ein Athmen, bei dem man die einzelnen Geräusche nicht mehr differenziren kann. Können diese Geräusche deutlich von dem eigentlichen Athmungsgeräusch getrennt werden, dann spricht man von Rasselgeräuschen. Eine diagnostische Bedeutung hat es hauptsächlich in der Lungenspitze und ist hier häufig das allererste Symptom einer beginnenden Spitzentuberculose; es entsteht offenbar dadurch, dass die Luft ruckweise in die noch functionirenden Alveolen eindringt, in deren nächster Nachbarschaft sich ganz kleine luftleere Herde befinden. Aehnlich ist es mit dem saccadirten Athmen. Das verschärfte Vesiculärathmen wird auch als Tuberculosezeichen angesehen und gewöhnlich auf den die Tuberculose begleitenden Katarrh zurückgeführt. Häufiger jedoch hört man in der Lungenspitze das verschärfte Athmen bei alten, zur Ruhe gekommenen Processen (Narbenathmen). Neben dem rauhen Athmen ist das abgeschwächte Athmen das früheste Zeichen der Spitzentuberculose; dieses abgeschwächte Athmen hat häufig einen rauhen oder bronchialen Beiklang. Das Exspirium ist bei rauhem oder abgeschwächtem Inspirium zuweilen noch garnicht hörbar; häufig aber schon deutlich vesiculär, rauh vesiculär, verschärft vesiculär, vesiculär-bronchial. niemals aber sehr laut oder sehr stark gedehnt, was erst bei grösseren Infiltrationen auftritt. Rasselgeräusche können bei der Tuberculose sehr frühzeitig vorhanden sein, können aber auch andauernd fehlen, wie bei der acuten Pneumonie, doch erst nach Wochen, Monaten und Jahren folgen bei der Tuberculose das Knistern, feines mittleres, schliesslich das grobe Rasseln. Es kann also das Knistern als ein Zeichen beginnender Spitzentuberculose gelten. Häufig ist dieses Rasseln bei gewöhnlichem Athmen des Patienten nicht hörbar;

man fordere dann den Patienten auf, zu husten und zwar lasse man ihn nach einer Exspiration einen kurzen Hustenstoss, ein leichtes Anstossen machen und gleich darauf etwas tiefer inspiriren. Namentlich in einer sonst nur verdächtigen Spitze und in den vorderen medianen Lungenkanten hört man auf diese Weise oft ganze Salven von Rasseln.

Eine Abschwächung oder Erhöhung des Percussionsschalles kann constatirt werden, bald nachdem die erkrankte Lungenspitze bei der Inspiration nachzuschleppen beginnt, doch ist dieselbe nur bei sehr leiser Percussion bemerkbar. Auf das Resistenzgefühl lege man bei der Percussion des Thorax einen grossen Werth; man bediene sich dabei der von Ebstein angegebenen Tastpercussion. Alle nur denkbaren Schallqualitäten kommen bei der Lungentuberculose vor und ist es schwer, hier nicht einer Täuschung unterworfen zu werden. Doch Auscultation und eine längere Beobachtung ergeben meist, welche Spitze afficirt ist. Eine Verschiebung der absoluten Herzdämpfung nach rechts ist nach Turban schon bei mässigen Schrumpfungen der rechten Lungenspitze ein typisches Hauptsymptom für eine länger bestehende rechtsseitige Spitzenerkrankung. Mehr oder weniger wichtige Zeichen der Frühdiagnose der Lungentuberculose sind: ein auf der einen Seite hörbares systolisches Geräusch an der art. subclavia; auch an der Pulmonalis soll es vorkommen. Weiter eine ungleiche Erweiterung der Pupillen, was auf Reizung des Sympathikus durch tuberculöse Bronchialdrüsen zurückzuführen ist. Eine die erste Entwickelung der Lungentuberculose begleitende Erscheinung ist eine leichte Anschwellung der Schilddrüse. Eine intermittirende Albuminurie ist vor dem Ausbruch der Lungentuberculose beobachtet worden, worauf von französischer Seite (Teissier) aufmerksam gemacht worden ist. In zweifelhaften Fällen könnte die Diagnose durch das Tuberculin entschieden werden, doch ist dasselbe ein gefährliches diagnostisches Mittel, indem durch das Tuberculin eine latente Tuberculose wieder angefacht und zu allgemeiner Verbreitung gebracht werden kann.

Der verstärkte Pectoralfremitus wird vom Patienten als eine Vibration der Stimme wahrgenommen und könnte solches bei intelligenten Patienten diagnostisch verwerthet werden. Bei den der Tuberculose verdächtigen Patienten sollen stets die oberen Luftwege untersucht werden, ebenso sollte nie eine sorgfältige Blutuntersuchung unterlassen werden. Weiter können die Röntgenstrahlen bei der Entdeckung der Lungentuberculose im Frühstadium von Nutzen sein obwohl auch durch eine exacte physikalische Untersuchung die durch die Radiodiagnostik nachweisbaren Infiltrationen sich entdecken lassen. Die Acten über den neuen Agglutinationsprocess sind noch lange nicht geschlossen; weitere Versuche auf diesem interessanten Felde werden uns mit der Zeit Aufklärung geben.

Zum Wohle unserer Mitmenschen sollten wir eine möglichst frühzeitige Diagnose stellen, denn frühzeitig entdeckt und frühzeitig und sorgfältig behandelt, ist die Lungentuberculose, sonst die tödtlichste und weitverbreitetste aller chronischen Krankheiten, zu gleicher Zeit die am leichtesten heilbare. — (Autoref.).

(Schluss folgt).

Vermischtes.

— In der ersten Herbstsitzung der Berliner medicinischen Gesellschaft am 30. October n. St. ist Prof. R. Virchow, der bekanntlich Ehrenpräsident dieser Gesellschaft ist, als er seinen bekränzten Ehrensitz einnahm, eine Huldigung zu Theil geworden. Prof. v. Bergmann begrüsste den Gefeierten im Namen der Gesellschaft mit einer schwungvollen Anrede. — Eine weitere Ovation wurde Prof. Virchow dargebracht, als er einige Tage später seine Vorlesungen über Pathologie im blumengeschmückten Hörsaal des pathologischen Museums begann, wo ein Candidat med. im Namen der Hörer der Hochachtung und Dankbarkeit gegen ihren Lehrer beredten Ausdruck gab.

— Der Senior der Rostocker medecinischen Facultät, Professor der Therapie Dr. Theodor Thierfelder, welcher gegenwärtig im Alter von nahezu 77 Jahren steht, ist in den Ruhestand getreten. Zu seinem Nachfolger als Director der medicinischen Klinik ist Prof. Dr. Martius, bisher Director der medicinischen Poliklinik in Rostock, ernannt worden.

— Am 31. October n. St. beging der bekannte Physiologe Prof. Dr. Carl v. Voit in München seinen 70. Geburtstag. V. ist mehr als 40 Jahre als Professor der Physiologie an der Münchener Universität thätig und hat sich besonders durch seine Arbeiten über den Stoffwechsel grosse Verdienste erworben.

— In der vorigen Woche feierte der Prosector des Odessaer Stadthospitals Dr. Chencinski das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. Der Jubilar, welcher auch berathendes Mitglied der Odessaer Medicinalverwaltung ist, hat viele werthvolle wissenschaftliche Abhandlungen veröffentlicht, zu welchen ihm hauptsächlich die nahezu 10,000 Leichenöffnungen, welche er im obengenannten Hospital ausgeführt hat, das Material lieferten.

— Zum Gehilfen des Odessa'schen Stadthauptmanns ist Dr. med. W. P. Starkow ernannt worden, welcher bisher Chef des örtlichen Quarantänebezirks war. Bei dieser Gelegenheit führt der «Russki Wratsch» eine Reihe von Aerzten an, welche in Russland nichtärztliche höhere administrative Stellungen bekleiden. So war das jüngst verstorbene Reichsraths-Mitglied und frühere Gouverneur von Rjasan, Dr. Nikolai Abasa in früheren Jahren Arzt, ebenso der frühere dirigirende der Controlpalate in Witebsk Dr. Moroschkin. Gegenwärtig nehmen noch höhere nichtärztliche Stellungen ein: Dr. W. Akinfow — als Gouverneur von Ssimbirsk; Dr. N. Tytschino — als Mitglied des Conseils der Reichscontrole; Dr. M. Ssinzow — als Gehilfe des Dirigirenden des Odessaer Zollamts und Dr. N. Korotnew — als älterer Revident dieses Zollamts. Doch hiermit ist die Zahl der Aerzte in derartigen Aemtern noch nicht erschöpft. Um nur ein Beispiel unsererseits anzuführen, fungirt Dr. Prozenko seit mehreren Jahren als Stadthaupt in Kiew.

— Der zum Nachfolger Prof. Tarenezki's auf dem Lehrstuhl der normalen Anatomie an der militär-medicinischen Academie gewählte Privatdocent Dr. J. Schawlowski ist als ausserordentlicher Professor auf dem genannten Lehrstuhl bestätigt worden.

— Dem ausserordentlichen Professor der militär-medicinischen Academie, Staatsrath Dr. Tschistowitsch ist der St. Annen-Orden II. Classe verliehen worden.

— Zum Gouvernements-Medicinalinspector von Wjatka ist der bisherige Medicinalinspector des Ssemipalatinsk-Gebiets Dr. Wladimirski ernannt worden.

— Der Corpsarzt des 13. Armeecorps wirklichen Staatsrath Dr. Ssmirnow ist seiner Bitte gemäss verabschiedet worden.

— Verstorben: 1) Am 15. October in St. Petersburg der Marinearzt Staatsrath Dr. Alexander Grau im 51. Lebensjahre. Nach Absolvirung des Cursus an der medicochirurgischen Academie im Jahre 1874, war G. anfangs Militärarzt während des türkischen Krieges an der Donau, dann Marinearzt und zwar zuletzt bei den Centralinstitutionen des Marineressorts. Er war hier auch als Leiter gymnastischer Curse im Gebäude der Admiralität in weiteren Kreisen bekannt. 2) Am 25. October in Reval der dortige praktische Arzt Dr. Oskar v. Landesen nach längerem Leiden im Alter von 44 Jahren. Aus Reval gebürtig, bezog er im Jahre 1876 die Dorpater Universität, an welcher er bis 1884 Medicin studirte und der Corporation «Neobaltia» angehörte. Nach Erlangung der Doctorwürde war er Assistent der psychiatrischen Klinik in Dorpat, um sich dann 1886 dauernd als Arzt in Reval niederzulassen. 3) In Stettin der Director der chirurgischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses Prof. Dr. B. Schuchardt im 46. Lebensjahre an einer Blutvergiftung, die er sich bei einer Operation zugezogen hatte. Von seinen zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten heben wir hier seine grössere Monographie über die Erkrankungen der Knochen hervor, die als Theil der «Deutschen Chirurgie» erschien. 4) In Ulm im Alter von 86 Jahren Prof. Dr. Gustav Veesenmeyer, der anfangs Theologe war, dann, nachdem er in Heidelberg Medicin studirt hatte, von 1842—1853 die ärztliche Praxis in Russland (in der Kirgisensteppe und in Kasan) ausübte und zuletzt viele Jahre als Professor an der Oberrealschule und Stadtbibliothekar in seiner Vaterstadt Ulm wirkte.

— In Wien ist der Professor extraord. der klinischen Propädeutik Dr. Samuel Stern in Folge der erreichten gesetzlichen Altersgrenze in den Ruhestand getreten. Sein bedeutendstes Werk sind seine «Beiträge zur Kenntniss der Functionen des Nervensystems» gewesen. (A. m. C.-Ztg.)

— Nach einer von Dr. Georg Heimann in der «Deutschen med. Wochenschrift» veröffentlichten statistische Feststellung des Verhältnisses der Specialärzte zu den praktischen Aerzten in Deutschland sind von den 27,374 Aerzten im deutschen Reich 3431, also fast der 8. Theil, Specialärzte. Es kommt ein Arzt auf 2014, ein Specialarzt auf 16,066 Einwohner. An der Spitze steht Sachsen mit 370 Specialärzten von 2088 (also schon 1 Specialist auf 5,5 Aerzte). 60,3% der Specialärzte waren in Städten mit mehr als 100,000 Einwohner. Berlin mit seinen Vororten hat 493 Specialärzte. Unter den deutschen Specialärzten nahmen die Augenärzte die erste Stelle ein, Chirurgen, Frauenärzte, Ohrenärzte die zweite, Nervenärzte die dritte u. s. w.

— An der Moskauer Universität ist ein Concurs für die Bewerbung um zwei Prämien auf den Namen des Collegienassessors Anton Kiose ausgeschrieben worden. Die Preisaufgaben lauten: «Ueber das sicherste Heilverfahren bei chronischem Rheumatismus» und «Ueber das sicherste Heilverfahren bei Scrophulose, complicirt mit Syphilis bei Personen jeden Alters». Die Arbeiten, welche populär-wissenschaftlich und in russischer Sprache abgefasst sein müssen, sind bis zum 30. Mai 1904 bei der Moskouer Universität einzureichen. Für die beste Arbeit ist eine Prämie von 8000 Rbl. und für die zweitbeste eine Prämie von 4000 Rbl. ausgesetzt.

— Bezüglich der beiden in Batum vorgekommenen verdächtigen Erkrankungen (cfr. S. 477 dies. Wochenschrift) wird von der Commission zur Verhütung der Pest bekannt gegeben, dass laut einem Gutachten des Specialisten Prof. Wyssokowitsch (Kiew) der erste Fall, welcher einen tödtlichen Ausgang nahm, wegen starker Zersetzung der Leiche vorläufig unaufgeklärt bleibe. Beim zweiten Falle handle es sich um eine einfache Vereiterung der Lymphdrüsen und keine Pesterkrankung. Da seit dem am 14. October erfolgten Tode des ersten Erkrankten kein neuer verdächtiger Krankheitsfall vorgekommen ist, so hat die Commission alle für Batum in Folge der Erkrankungen vorgeschriebenen sanitären Massregeln aufgehoben.

— Kurz vor Schluss dieser Nr. unseres Blattes ging uns die erste Nummer der neuen medicinischen Wochenschrift zu, welche unter dem Titel «Russki Wratsch» als Fortsetzung des bekanntlich auf Wunsch Prof. Manasseïns eingehenden «Wratsch» — vom Januar 1902 an im Ricker'schen Verlage hierselbst erscheinen wird. Bis auf den Namen und den Zusatz «Organ, gegründet zum Andenken an W. A. Manasseïn» auf dem Titelblatt, unterscheidet sich die neue Zeitschrift in ihrem äusseren Aussehen, in Anordnung des Stoffes und Druck in keiner Weise vom «Wratsch». Da die einzelnen Originalartikel in unserer «Revue der russ. med. Zeitschriften» ja referirt werden, so wollen wir aus dem reichen Inhalt der Probenummer hier nur eine bisher unbekannte, von wünschenswerthen Reformen in der medico-chirurgischen Akademie handelnde handschriftliche Aufzeichnung Pirogow's erwähnen, welche neuerdings im Nachlass des berühmten Chirurgen unter den von Dorpater und Petersburger Studenten geschriebenen klinischen Krankengeschichten gefunden wurde.

Dass die neue Wochenschrift eine würdige Nachfolgerin des «Wratsch» sein wird, dafür bürgen die Redacteure derselben Prof. Podwyssotzki (Odessa) und Dr. Wladisslawlew (St. Petersburg), deren Namen in der russ. med. Publicistik einen guten Klang haben. Unsererseits wünschen wir der neuen Collegin den besten Erfolg. Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 20. Oct. d. J. 8911 (153 mehr als in d. Vorw.), darunter 918 Typhus — (10 mehr), 923 Syphilis — (5 mehr), 383 Scharlach — (7 wen.), 205 Diphtherie — (13 wen.), 72 Masern — (14 mehr) und 5 Pockenkranke — (1 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 14. bis zum 20. October 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
313	272	585	99	36	121	23	14	41	63	31	40	41	39	25	11	1

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 23, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 18, Scharlach 19, Diphtherie 40, Croup 4, Keuchhusten 9, Croupöse Lungenentzündung 19, Erysipelas 2, Grippe 3, Cholera asiatica 0, Ruhr 5, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 1, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 5, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 87, Tuberculose anderer Organe 12, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 27, Marasmus senilis 21, Krankheiten der Verdauungsorgane 42, Todtgeborene 37.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 13. Nov. 1901.

Tagesordnung: Westphalen: Ueber Ulcus ventriculi.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 19. November 1901

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Hasenfuss Мал. Подъяческ, д. 41 кв. 15.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Дозв. ценз. Спб., 3 Ноября 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG. ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 malgespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 45 St. Petersburg, 10. (22.) November 1901

Ueber Jodipin.

Von
Dr. med. Alex. Paldrock.

Vortrag, gehalten in der Dorpater medicinischen Gesellschaft am 17. October 1901.

Meine Herren!

Mit Halogenen verbinden sich Fette, und zwar in dem Masse, als sie ungesättigte Säuren bezw. Triglyceride enthalten. Sichergestellt ist es noch nicht, ob es sich dabei um blosse Halogenaddition handelt, oder ob auch Substitutionen stattfinden.

Hugo Winternitz hat 1897 im Berliner hygienischen Institut ausgiebige Thierversuche über das Verhalten von Fettjodadditionsproducten, nennen wir sie der Kürze halber Jodfette, im Organismus angestellt, und fand, dass an Thieren, die mit Jodfett gefüttert worden waren, sich leicht der Nachweis führen liess, dass Jodfett fast überall im Körper zum Ansatz gelangt war. Nicht nur im Fettgewebe des Körpers, sondern auch im Aetherextracte fast aller Organe, namentlich in den Muskeln und Knochen fand er reichlich Jod. Neben der Leber ist das Knochenmark relativ am reichsten an Jodfett.

Bei Verfütterung von Jod mit Vaselinöl, Jodvasogen, Jodkalium unter Darreichung einer fettreichen oder fettbildenden Nahrung sind Jod-Fettadditionen im Körper nicht nachgewiesen, oder höchstens in minimalen Spuren. Jedoch hält Winternitz hierbei eine Täuschung vorerst noch für wahrscheinlich.

Die therapeutische Verwendung der Jodfette ins Auge fassend, darf man erwarten, dass das Jod unter allmählich erfolgender Abspaltung von seinen Ansatzstellen aus zum locus morbi dirigirt wird und sich hier ablagert, seine curative Wirkung entfaltend.

Dass verschiedene Fette zur Darstellung der Jodfette verwandt werden könnten, glaube ich gewiss. Winternitz nahm das Sesamöl dazu, seiner ausserordentlichen Verdaulichkeit und Geschmacklosigkeit wegen. Nach erfolgter Addition des Jodes, durch Einwirkung von Jodmonochlorid auf Sesamöl, erhält man Jodipin, welches jetzt von Merck — Darmstadt, als 10 pCt. und 25 pCt. in den Handel gebracht wird.

Burkhart hat an 7 Fällen von Lues III sich überzeugt, dass das Jodipin mit gutem Erfolge verwendbar ist. Seine Resorption, bei Verabreichung per os, erfolgt erst im Darm und nicht schon im Magen, der das Fett unverändert passiren lässt. Bewahrt also vor Appetitstörungen, die ja bei Jodkali so häufig sind. Die Wirkung erfolgt gleichmässiger und nachhaltiger, weil das Jod im Organismus erst allmählich abgespalten wird. Das Jodipin wird fast unverändert vom Darm resorbirt und erfolgt seine Spaltung erst im Blut und in den Geweben, gewiss als Jodkali.

In der Neisser'schen Klinik hat Klingmüller feststellen können, dass das Jodipin sich sehr gut auch zu subcutanen Injectionen verwenden lässt. An Thierversuchen zeigte sich sehr eclatant seine Ungiftigkeit. Im Verlaufe von 19 Tagen wurde einem Kaninchen von 1850 Gramm Gewicht subcutan 235 Gramm 5 pCt. Jodipin, also 11,75 gr. Jod einverleibt. Jod war im Harn vom ersten Tage an zu finden und konnte noch am 70. Tage nach der letzten Injection nachgewiesen werden.

Darauf wurden 36 Patienten, wegen ihrer Lues III, mit subcutanen 10 pCt. Jodipininjectionen behandelt. 20,0 pro dosi et die wurden gut vertragen und keinerlei Störungen subjectiver oder objectiver Art beobachtet. Dazu gesellte sich noch der Vortheil, dass alles in den Körper eingeführte Jod auch wirklich verarbeitet und nutzbar gemacht wurde. Bei innerlichem Gebrauch des Jodipins wird ein geringer Theil desselben mit den Fäces wieder entleert; bei subcutaner Anwendung fand man dieses nicht. Die Ausscheidung des Jods aus dem Körper erfolgt durch alle Drüsensecrete und die Respirationsluft. Per os genommen war die Jodausscheidung im Harn am 8.—10. Tage vollendet, während dieselbe Menge subcutan gegeben noch am 28. Tage im Harn sich nachweisen liess. Abgesehen von der Möglichkeit einer absolut genauen Dosirung, ermöglicht die subcu-

tane Application auch den Jodgebrauch bei solchen Patienten, die aus irgend welchen Gründen Jod nicht nehmen wollen oder können, wie Geisteskranke, Operirte etc. Durch eine in wenigen Tagen zu Ende geführte Injectionscur, kann man den Körper wochen- ja monatelang unter Jodwirkung stellen. Bei dieser Behandlungsmethode wurde nie Jodismus beobachtet, sie war schmerzlos und bequem.

Radestock gab seinen Patienten vom 10 pCt. Jodipin 3 Esslöffel täglich und hat dabei nie Magenstörungen oder andere Zeichen des Jodismus zu sehen bekommen. Nach dreiwöchentlichem Jodipingebrauch bei Pigmentsyphilis hatten sich die dunkelbraunen Flecken anfangs blasser gefärbt; dann wurden sie rosa und verschwanden schliesslich ganz.

Ein 30-jähriges, mit Erbsyphilis belastetes Mädchen, mit schwerster doppelseitiger Keratitis parenchymatosa und schwerer Chorioditis disseminata, hatte das Sehvermögen nahezu ganz verloren und litt ausserdem an Ozaena. Eine Schmiercur mit Hg. hatte keine Besserung gebracht und musste aus mehrfachen Gründen wieder ausgesetzt werden. Zweiwöchentlicher Jodipingebrauch hatte die Chorioditis vollständig zum Schwinden gebracht und in der dritten Woche hellte sich auch die Hornhaut auf. Mit 1/3 Sehschärfe auf dem schlechteren Auge und normaler auf dem anderen Auge, wurde sie entlassen, nachdem auch die Ozaena ohne jegliche örtliche Behandlung ausgeheilt war.

Jodipin bewirkt also nicht jene störende Reizung der Augenbindehaut, wie es regelmässig bei Jodkali und Jodtinctur der Fall ist. Der allgemeine Ernährungszustand hatte sich während der Behandlung bei den Patienten gebessert, während doch andere Jodpräparate eine abmagernde Wirkung äussern. Auch nach Dornblüth's und Sessou's Angaben wird durch Jodipingebrauch der Ernährungszustand sehr gehoben. Letzterer hat in 8 Fällen tertiärer Lues mit gutem Erfolge Jodipin per os brauchen lassen und hat selbst in den Fällen den innerlichen Jodipingebrauch ohne jede Störung beibehalten können, wo das Jodkali sogar per Klystier gegeben stets Erbrechen zur Folge gehabt hatte. Kopfschmerzen, die bei Jodkaligebrauch nicht beeinflusst wurden oder eher sich steigerten, verschwanden bei Jodipingebrauch.

In der Deutschen med. Wochenschrift 1899 wird aus der Leyden'schen Klinik ein Fall luetischer, mit Zeichen des Gehirndruckes eingehender und vergebens mit Jodkali behandelter Cerebralerkrankung veröffentlicht, wo die durch Lumbarpunction entleerte Cerebrospinalflüssigkeit sich als jodfrei erwies. Eine dann in den Duralsack injicirte sehr geringe Menge Jodkalilösung erwirkte eine kurze Besserung, als Beweis, dass das verschluckte Jodkali das Krankheitscentrum garnicht erreicht hatte. Bei cerebraler Lues, auch bei Ischias, hat Schuster die guten Erfolge der Besserung durch subcutane Jodipinapplication constatiren können. Dasselbe berichtet Dornblüth und lobt die gute Wirkung des Jodipin bei diffuser Arteriosclerose, Tabes dorsalis, Syphilis cerebri und Neuritis syphilitica. Einen guten therapeutischen Erfolg hat Rubinstein bei einer drei Wochen alten linksseitigen Facialislähmung durch innerlichen Jodipingebrauch erzielt. Sie war nach 10-tägiger Behandlung vollständig geschwunden. Bei Spinalparalyse, und an Dyspnoe leidenden Lungenkranken wirkte das Jodipin nach Schuster schlecht, dieselbe steigernd; während Hönigschmied und Zirkelbach bei dyspnoischen Kranken das Asthma ruhiger werden sahen und die Expectoration gut wurde. Zirkelbach erprobte das Jodipin an 28 Kranken, von denen 12 an Emphysema pulmonum, 6 an Asthma bronchiale, 4 an tertiärer Lues je einer an Aneurysma Aortae, an Gehirntumor (gewiss luetischen Ursprunges), an Bleilähmung und an Diabetes insipidus, und zwei an Hemiplegie litten. In allen Fällen trat bedeutende Besserung ein. Besonders gut war der Erfolg beim Aneurysma Aortae.

Per os gegeben konnte er das Jod schon 10—15 Min. später im Urin nachweisen; bei subcut. Injection erst nach 52—58 Stunden. Bei innerlicher Anwendung blieb das Jod 8—10 Tage, hingegen bei der subcutanen 24—29 Tage im Urin nachweisbar.

Statt der Jodeinpinselungen hält Schuster die subcutane Behandlung mit Jodipin für rationeller, wie der gute Erfolg der letzteren Behandlungsart bei einer schmerzhaften Entzündung des Funiculus spermaticus (zugleich bestand Epididymitis) es zeigte. Ebendasselbe bewiesen zwei gonorrhoische Calcaneusentzündungen, bei denen neben der Hg-Inunctionscur, noch in die Umgebung des Calcaneus Jodipin injicirt wurde.

Mit gutem Erfolge hat Hönigschmied das Jodipin bei folgenden Erkrankungen angewandt: Scrophulöse Erkrankungen der Drüsen und Impetigo, besonders die Impetigo faciei, scrophulöse Erkrankungen der Beinhaut, der Knochen und des Knochenmarkes, scrophulöse Geschwüre der Haut, Infiltrationen im Bindegewebe und Ischias. Während nach Leberthran die Impetigo recidivirte, sah er sie nach Jodipingebrauch nicht wiederkehren, wobei 200,0 10 pCt. Jodipin per os genommen genügten.

In der Wissenschaftlichen Aerztegesellschaft in Insbruck demonstrirte Prof. Rille zwei Fälle mit teritärer Syphilis und sechs Psoriasis vulgaris-Fälle, die mit Jodipin behandelt worden waren. Hierbei erwähnte er, dass nach 3 Wochen nach der letzten Jodipininjection das Jod im Harn nachweisbar war. Die Erfolge waren gute. In einem Falle von Psoriasis betrug die Behandlungsdauer nur 26 Tage und war innerhalb fünf Wochen die Heilung eine vollständige. Alle übrigen Fälle befanden sich in bedeutender Besserung, indem sich eine Abnahme der Hyperämie und Verminderung der Schuppenmenge und des Juckgefühles zweifellos nachweisen liessen.

Das Princip der Jodipinbehandlung der Psoriasis erblickt Rille darin, dass erstens grosse Mengen (bis 140 Gramm reines Jod) Jodipin dem Organismus einverleibt werden und zweitens in der cumulativen Wirkung, da das Jod, welches als Jodipin dem Organismus einverleibt wurde, lange Zeit, selbst Monate hindurch im Körper verbleibt.

Zwei Monate später demonstrirte Rille noch zwei mit Jodipin behandelte Psoriasisfälle. Der erste Kranke hatte im Verlaufe von 5 Wochen 680 ccm. 25 pCt. Jodipinintramusculär erhalten. Die letzte Injection vor 3 Wochen. Die Efflorescenzen am Stamme und den Extremitäten sind mit Hinterlassung schmutzig brauner Pigmentirungen abgeheilt.

Innerhalb 6 Wochen erhielt der andere Patient, bei dem 2/3 der gesammten Körperhaut mit ausgedehnten, ausserordentlich mächtigen Schuppenmassen bedeckt war, 900 ccm. 25 pCt. Jodipin; die letzte Injection 14 Tage vor der Demonstration. Unter Lockerung und Abstossung der enormen Schuppenmassen, deren Production sich stark verminderte, begannen die Infiltrate abzublassen und sich sodann in ein Mosaik von stecknadelkopfgrossen, blassrothen Knötchen aufzulösen, die offenbar von den Follikeln ausgehende Efflorescenzen darstellen. Dazwischen erscheint überall normale Haut, täglich an Ausdehnung auf Kosten jener gewinnend.

Die Injectionen verliefen ohne störende Nebenerscheinungen und beide Patienten hatten bei vorzüglichem Allgemeinbefinden 1—2 Kilo am Körpergewicht sogar zugenommen.

Ich wende das Jodipin schon seit einem Jahre an und bin mit den Erfolgen sehr zufrieden. Als besonderen Vorzug vor dem Jodkali muss ich das hervorheben, dass es nicht die störenden Erscheinungen das Jodismus beim Gebrauche mit sich bringt. In einem Falle, wo das Jodkali mich im Stiche gelassen hatte, konnte ich bei der Lues maligna die zerfallenden, etwa thalergrossen Knoten, durch einen 4-wöchentlichen inneren Jodipingebrauch zum Heilen bringen. Gute Erfolge habe ich von Jodipin in 8 Fällen tertiärer Lues beobachtet undist es selbst da gut vertragen worden, wo sonst die kleinsten Joddosen Jodismus stets hervorgerufen hatten. Als Beispiel für einen solchen Fall möchte ich folgenden hinstellen. Patient, 29 Jahre alt, inficirte sich vor 10 Jahren mit Syphilis. Bis heute hat er sich nur auf die Quecksilberbehandlung beschränken müssen, da die kleinsten Dosen Jodkali stets den stärksten Jodismus zur Folge gehabt hatten. Er hat bis jetzt 400 Injectionen und ebenso viele Einreibungen bekommen. Immer und immer sind Recidive aufgetreten und haben ihm Kuren in Aachen und Pätigorsk, sowie das Klima von Südfrankreich, wenig Erfolge gesichert. Ich nahm die subcutane Jodipinbehandlung vor; injicirte ihm täglich 20,0 25 pCt. Jodipin und habe schon nach 10 Tagen bedeutende Besserung in seinem Zustande zu vermerken. Die Injectionen machen garkeine localen Reizerscheinungen, nur circa 4 Stunden bleiben die Injectionsstellen druckempfindlich. Bequem sind die Injectionen auszuführen, wenn man sich einer recht dicken Nadel bedient und die Medicin etwas vorwärmt. Nach der Injection massire ich die Injectionsstelle ein wenig und bestreiche die Einstichöffnung mit Collodium. Ich habe bei dem Patienten keinerlei Zeichen von Jodismus zu sehen bekommen.

Nicht alle Patienten konnten sich bei innerlichem Gebrauch an den Geschmack des Jodipin gewöhnen, obgleich mehrere einen besonders unangenehmen nicht herausfanden. Als Geschmackscorrigens empfiehlt es sich das Jodipin mit schwarzem Kaffee nehmen zu lassen, oder auf 100,0 Jodipin zwei bis drei Tropfen Ol. menthae piperitae hinzuzusetzen.

Zum Nachweise des Jodes im Harn, versetzte ich 5 ccm. Harn mit 1 ccm. fünffachverdünnter Schwefelsäure und goss dann 3—4 Tropfen Na- nitritlösung hinzu. Bei Anwesenheit von Jod nimmt das Ganze eine dunkelgelbe Farbe an. Setzt man nun Chloroform hinzu und schüttelt Alles gut durch, so färbt sich das Chloroform rosa bis violett und senkt sich auf den Boden des Probirglaschens. Eine Stunde nach dem Einnehmen eines Esslöffels 25 pCt. Jodipin tritt die Jodreaction im Harn auf und hält 3,5 Tage an.

Ich halte das Jodipin für eine werthvolle Bereicherung unseres Arzneischatzes, weshalb ich es für angebracht hielt, Sie heute mit demselben bekannt zu machen.

Quellenangabe.

O. Burkhart. Deutsche Medicinal-Zeitung 1899.

O. Dornblüth. Aerztliche Monatschrift. III Jahrgang, 1900, Heft 6.

Ed. Hönigschmied, Aerztliche Central-Zeitung, Wien, XIII Jahrg. 1901. Nr. 28

V. Klingmüller. Berliner klin. Wochenschr. 1899, Nr. 25.

Radestock. Therapeutische Monatshefte. 1899, October.

Prof. Rille. Wiener klinische Wochenschr. 1901. Nr. 30 u. 33.

Norbert Rubinstein. Medicinische Wochenrundschau „Medico", 1901, 21. Aug.

L. Schuster. Therapie der Gegenwart, 1900, Mai.

H. Sessous. Münch. med. Wochenschr. 1900, Nr. 34.

Hugo Winternitz. Deutsche med. Wochenschr. 1897, Nr. 23.

A. Zirkelbach. Pester Med.-Chir. Presse. Jahrg. XXXVI, 1900, Nr. 33—34.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Liebermeister: Grundriss der inneren Medicin. Tübingen, Verlag von F. Pietzcker, 1901.

Die erste Auflage ist an dieser Stelle angekündigt und besprochen worden. Nach Ablauf eines halben Jahres ist die zweite vervollständigte Auflage erschienen, welche, mehrfach geäussertem Wunsch entsprechend, eine kurze Darstellung der Lehre von den venerischen Krankheiten enthält.

Der vorliegende Grundriss der inneren Medicin soll als kurzer Leitfaden zur Vorbereitung für die Klinik dienen und ist als solcher sehr zu empfehlen.

Lingen.

H. Ribbert. Lehrbuch der allgemeinen Pathologie und der allgemeinen pathologischen Anatomie mit 338 zum Theil farbigen Textfiguren. Leipzig, Verlag von F. C. W. Vogel, 1901.

Das aus Vorlesungen über allgemeine Pathologie hervorgegangene Buch bringt den vielbehandelten Stoff in einer eigenartigen Form zur Darstellung in der inductive Methode stets durchblickt. Die originellen Ansichten des Verfassers erregen bald das besondere Interesse des Lesers: z. B. kann hier auf das kleine Capitel «Allgemeines über das pathologische Wachsthum» und die Geschwulstlehre hingewiesen werden, auf welch letzterem Gebiet Ribbert ja z. Th. von den bisher landläufigen weit abweichende Darstellungen giebt. Zahlreiche theils naturgetreue, theils schematische Abbildungen veranschaulichen das Gesagte.

Hoffen wir, dass der mässige Preis (Mk. 14) für das weit über 600 Seiten starke Buch, es manchem Studirenden und Arzte ermöglichen wird, aus der Fülle der Gedanken und Kenntnisse, Thema zu weiterer Forschung und zum Nachdenken zu schöpfen.

Ucke.

R. Abel: Taschenbuch für den bakteriologischen Praktikanten enthaltend die wichtigsten technischen Detailvorschriften zur bakteriologischen Laboratoriumsarbeit. VI. Auflage. (Würzburg. A. Stuber's Verlag. 1901).

Der Titel besagt schon Alles, was das Buch enthält und will; zudem ist es aus den früheren Auflagen bereits sehr bekannt. Auch bedarf es kaum des Hinweises, dass die neue Auflage vielfach vervollständigt ist. Die knappe Form der Vorschriften beeinträchtigt in keiner Weise die Klarheit, auch findet man manchen praktischen Wink, den der Anfänger vergeblich in den grösseren Lehrbüchern der bakteriologischen Technik sucht und ihm viele Misserfolge und langwieriges Experimentiren erspart.

Ucke.

Kaufmann, E.: Lehrbuch der speciellen pathologischen Anatomie für Studirende und Aerzte. Zweite neubearbeitete und vermehrte Auflage. Berlin. Druck und Verlag von Georg Reimer. 1901.

Das weite Thema der pathologischen Anatomie ist in dem uns vorliegenden über 1000 Seiten umfassenden Werk, welches aus erster Auflage schon bekannt sein dürfte, in klarer und ausführlicher Weise behandelt. Wenn es durch den Wechsel im Druck an Uebersichtlichkeit, durch zahlreiche gelungene Abbildungen an Klarheit für den Studirenden gewinnt, so macht die Anordnung nach Systemen und ein ausführliches Sachregister dasselbe zum Nachschlagen geeignet. Endlich schliesst sich dem Buch ein Anhang mit reichlichen Literaturangaben zu den einzelnen Capiteln an.

Ucke.

Borrmann, R.: Das Wachsthum und die Verbreitungswege des Magencarcinoms vom anatomischen und klinischen Standpunkt. Jena. Verlag von Gustav Fischer. 1901.

Das als Supplementband zu den «Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie» erschienene, 376 Seiten umfassende, mit 16 Tafeln versehene Werk ist das Resultat des Studiums von 63 Fällen von Magencarcinom, von denen die Präparate zum Theil bei Sectionen, zum Theil bei Operationen gewonnen waren.

Der Verf. gründet sich auf die Ribbert'sche Auffassung des Carcinom's als einen aus dem Zusammenhang gelösten und in Wucherung gerathenen Zellcomplex, will jedoch Nichts zur eigentlichen Aetiologie der Geschwulst beitragen. Er sucht an der Hand seines Materials zunächst für das Magencarcinom nachzuweisen, dass der Krebs stets nur aus sich selbst herauswächst, seine Theile in Zusammenhang mit einander bleiben und kämpft gegen die Ansicht der «Infection» des Nachbargewebes an. Die Neubildung nutzt die praeexistenten Lymphspalten zur Weiterverbreitung aus. Der Kliniker soll die Ueberzeugung gewinnen, dass der Krebs in scheinbar normalem Gewebe sich viel weiter ausbreitet, als es das unbewaffnete Auge und der palpirende Finger festzustellen im Stande ist. Ucke.

Eckstein: Die Therapie bei Abortus. Stuttgart. Verlag v. Enke 1901.

Schaeffer: Ueber die unterbrochene Fehlgeburt. München. Verlag von Seitz u. Schauer 1901.

Die Arbeit Ecksteins bringt nichts Neues, dieses hat wohl auch nicht in der Absicht des Verf. gelegen. Die kleine Schrift soll das Ergebniss einer Sammelforschung, die Verf. im Verein mit Jacub bei einer Reihe von Autoren verschiedener Länder anstellten, mittheilen. Aus dieser geht hervor, dass die Therapie des Aborts «eine gewisse Zerfahrenheit» aufweist. Verf. theilt die von den Befragten eingesandten Antworten mit und bespricht seine Methode. Bei Undurchgängigkeit der Cervix hält E. die Intrauterintamponade mittels Jodoformgaze für das zweckmässigste Verfahren, die Uterushöhle wird ausgespült. Bei oder nach vollkommener Durchgängigkeit der Cervix ist die Ausräumung des Uterus mit Polypenzange und Curette vorzunehmen.

Die Arbeit Schaeffers ist «für die Practiker» geschrieben und huldigt im Allgemeinen denselben Principien. Bei Abortus imminens wird Stypticin und leichte Tamponade zur Erhaltung der Frucht gerathen, der imperfecte Abort wird activ in Angriff genommen.

Lingen.

Mittheilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 7. März 1901.
(Schluss)

Dr. Hampeln: Es ist mir immer aufgefallen, dass die von Dr. Kikuth erwähnten Allgemeinsymptome (Anämie Erethismus etc.) sehr häufig im Frühstadium der Tuberculose vorkommen, aber jedes dieser Zeichen kann auch ohne Tuberculose vorhanden sein. Für die Diagnose viel wichtiger sind die Localerscheinungen: Thoraxdifformität, Ungleichheit der Bewegungen beider Seiten, doch können auch diese Erscheinungen ohne Tuberculose, ja überhaupt ohne das Vorhandensein irgend einer Lungenerkrankung auftreten, wo dann ihre Ursache im Skelett resp. in der Musculatur zu suchen ist. Noch kürzlich hat Redner Gelegenheit gehabt, ein Kind zu beobachten, bei welchem die ungleichmässigen Excursionen beider Thoraxhälften auf Skelettveränderungen zurückgeführt werden mussten.

Die sichersten Resultate giebt nach Redners Erfahrungen die Percussion, doch muss man auch hier sorgfältig darauf achten, ob nicht eine etwaige Schalldifferenz auf Ungleichheiten der Musculatur oder der Haut zurückgeführt werden könne und komme es ausserdem hierbei ganz besonders auf ein feines Gehör an.

Was die auscultatorischen Phänomene anbetreffe, so finde man Veränderungen derselben in fast jedem Fall beginnender Lungentuberculose, doch können alle diese, den frühesten Stadien angehörigen Erscheinungen auch ohne Tuberculose vorkommen. So höre man z. B. rauhes Athmen sehr oft über gesunden Lungen. Redner habe während seiner Thätigkeit am Krankenhause, um über diesen Punkt Gewissheit zu erlangen, oft die Lungenspitzen von anscheinend lungengesunden Personen, bei welchen wegen eines anderen Leidens ein baldiger Exitus zu erwarten war, einer sorgfältigen Untersuchung unterzogen. Redner habe dabei oft rauhes Athmen constatiren können, ohne dass die einige Tage nach der Untersuchung stattfindende Autopsie irgend welche anatomische Veränderungen aufgedeckt hätte.

Das Rasseln freilich beweise immer eine Krankheit der Lungen, doch sei es nicht angängig, aus ausschliesslich über den Spitzen hörbaren Rasselgeräuschen auf Tuberculose zu schliessen, da, wenn auch in seltenen Fällen, auch andere Lungenerkrankungen Anlass zum isolirten Spitzenrasseln geben.

Dr. Schabert. Man soll die Untersuchung auf Tuberculose nicht abschliessen, bevor man Pat. sowohl im Stehen als auch im Liegen untersucht hat. Das gilt besonders für magere Personen und für solche, die nicht gut zu athmen verstehen. Oft glaubt man im Stehen an einer Stelle kürzeren Schall zu hören, während man im Liegen normale Verhältnisse findet. Dies hängt zusammen mit Veränderungen des intraabdominalen Druckes, besonders im vorgerückteren Alter. Andererseits constatiren wir oft im Liegen Pfeifen, Schnurren, Brummen, das im Stehen nicht zu hören war.

Redner weist ferner auf die Wichtigkeit hin, bei bestehender Spitzenaffection an die Möglichkeit zu denken, dass es sich um die Residuen einer Pneumonie handeln könne; nur sorgfältige Erhebung der Anamnase könne hier bisweilen vor der fälschlichen Annahme einer Tuberculose schützen.

Drittens betont Redner die Wichtigkeit, auf Veränderungen des Pectoralfremitus zu achten.

Ein sehr werthvolles Zeichen beginnender Tuberbulose seien ferner die vom Herzen ausgehenden Symptome. Ungefähr jedes Jahr ein Mal stosse Redner auf einen Fall, in welchem dies die ersten Anzeichen seien. Sehr erinnerlich sei ihm ein jugendlicher Patient, dessen Pulsfrequenz 120 betrug und wo von anderer, durchaus competenter Seite, ein vitium cordis angenommen worden war; dieser Patient starb in kurzer Zeit an acuter Tuberculose. Eine sonst nicht zu erklärende Beschleunigung der Herzaction bei jugendlichen Individuen müsse stets den Verdacht beginnender Tuberculose wachrufen, wenn nicht Neurasthenie auf masturbatorischer Grundlage vorliege.

Dr. Deubner: Im Krankenhause habe er ja in der Mehrzahl vorgeschittene Phthisen zu behandeln, doch sehe er dort doch auch eine beträchtliche Anzahl von Kranken, welche, wegen anderweitiger Affectionen aufgenommen, gleichzeitig mit beginnender Lungentuberculose behaftet seien; auch komme es leider vor, dass Kranke mit nichttuberculösen Affectionen im Krankenhause mit Tuberculose inficirt würden.

Den Satz Dr. Kikuths: «Tuberkelbacillen treten erst bei offener Tuberculose im Auswurf auf», d. h. also erst, nachdem der Tuberkel in die luftführenden Wege durchgebrochen ist, könne Redner nicht gelten lassen, da es doch sicher eine Inhalationstuberculose gebe, welche primär in den luftführenden Wegen localisirt sei.

Was die Polemik Dr. Kikuth's gegen die Bezeichnung «Spitzenkatarrh» anlange, so verstehe der Arzt darunter doch immer Tuberculose und richte seine Massnahmen gegen dieselbe, nur dem Kranken gegenüber maskire man mit diesem Ausdruck seine Krankheit.

In Bezug auf geringfügige Schalldifferenzen bei der Percussion symmetrischer Stellen hat Redner oft die Beobachtung machen können, dass man wohl im Stande sei, das Vorhandensein einer solchen Differenz zu constatiren, ohne doch entscheiden zu können, auf welcher Seite der pathologische Process zu suchen sei; hierüber gebe dann oft erst die Auscultation Aufschluss.

In der Differenzirung der verschiedenen Arten von Athemgeräuschen gehe Dr. Kikuth, nach Redners Meinung zu weit. Das «rauhe Athmen» erkenne auch Redner als wohl charakterisirtes Athemgeräusch an. Der Ausdruck «unbestimmtes Athmen», den Dr. Kikuth so sehr einschränken wolle, besage ganz allgemein, dass das Athmen nicht normal sei, ohne dass man es in eine der bekannten Kategorien einreihen könne; schaffe man für alle die feinen Unterschiede, welche das Ohr hier wahrnehme, besondere Namen, so müsste das mehr verwirrend, als klärend wirken. Auch unter der einheitlichen Bezeichnung, «Bronchialathmen» fasse man ja sehr verschiedene Schallqualitäten zusammen; so sei z. B. das Bronchialathmen bei der genuinen Pneumonie total verschieden von demjenigen, das man über Cavernen höre.

Die palpatorische Percussion, die auch Dr. Kikuth empfehle, hat sich Redner nicht bewährt.

Auf die Inspection über die Schulter des Patienten hinweg zur Feststellung etwaiger Differenzen in den Athmungsexcursionen sei auch Redner zufällig gekommen und wende sie mit grossem Vortheil an. Zu demselben Zweck lege er beide Handflächen von hintenher auf die fossae supraspinatae des Patienten, wobei etwaige Unterschiede in der Beweglichkeit mehr fühlbar als sichtbar seien.

Die Behauptung Dr. Kikuth's, dass die Tuberculose in allen Stadien heilbar sei, müsse Redner doch sehr in Zweifel ziehen. Bei vorgeschrittenen Fällen mit Cavernenbildung sei auch relative Heilung nicht mehr möglich.

Dr. Rulle schliesst sich Dr. Hampeln darin an, dass Differenzen im Percussionsschall und in der Beweglichkeit oft auf mangelhafte Entwickelung der Musculatur zurückzuführen seien. Die bei jugendlichen Individuen oft zu beobachtenden Herzsymptome, die man für die Frühdiagnose der Lungentuberculose verwerthen wolle, glaubt Redner in der grossen Mehrzahl der Fälle auf sexuelle Neurasthenie zurückführen zu müssen.

Was den von Dr. Kikuth verpönten Ausdruck «Spitzenkatarrh» betreffe, so sehe Redner nicht ein, warum ein Katarrh nicht ebenso gut, wie in jedem anderen Theil der Lungen, sich gelegentlich einmal auch in den Lungenspitzen localisi-

ren könne. Besonders bei Neurasthenikern sehe man oft in Folge mangelhafter Circulation in den Lungenspitzen Katarrhe entstehen, ja es komme bei ihnen sogar zu Hämoptoe ohne dass Tuberculose vorliege. Der Hinweis auf das Vorhandensein einer venösen Stauung in den Lungen werde vielfach geliefert durch das Netz erweiterter Venen, wir, man sie oft auf der Vorderfläche des Thorax durch die Haut durchschimmernd zu sehen Gelegenheit habe.

In den Sanatorien nehme man auf alle diese Dinge zu wenig Rücksicht und sei nur zu geneigt überall Tuberculose zu diagnosticiren.

Dr. Kikuth: Die pathologische Anatomie kenne keinen isolirten Spitzenkatarrh; abgesehen von den sehr seltenen Fällen wo sich Syphilis oder Aktinomykose in den Lungenspitzen localisire, sei es immer die Tuberculose, die zum sogenannten Lungenspitzenkatarrh führe. Bei diffusem Bronchialkatarrh seien oft auch die Lungenspitzen ergriften, aber einen ausschliesslich auf die Lungenspitzen beschränkten Katarrh gebe es nicht.

In Bezug auf Dr. Schabert's Ausführungen bemerkt Redner, dass er nach Turban's Vorgang immer im Sitzen untersucht habe. Dass man namentlich bei älteren Leuten in der Verwerthung des abgeschwächten Athmens für die Diagnose der Tuberculose vorsichtig sein müsse, sei auch ihm bekannt.

Was die Frage der Heilbarkeit betreffe, so sei es richtig, dass eine absolute Heilung in vielen vorgeschrittenen Stadien unmöglich sei, die Möglichkeit einer relativen Heilung könne man aber kaum jemals in Abrede stellen, wie das Beispiel Dettweiler's beweise, welcher im Jahre 1870 schon Cavernen hatte und trotzdem noch heute lebe.

Gegen die Gepflogenheit, den Patienten mit tuberculösen Spitzenaffectionen mitzutheilen, sie hätten einen «Spitzenkatarrh» müsse Redner sich trotz der Ausführungen Dr. Deubner's doch wenden, weil die Kranken in solchem Fall geneigt seien, ihr Leiden als harmlos aufzufassen und nicht genügend zu beachten.

Dr. Deubner erklärt, dass er, persönlich auch so stehe, dass er die Kranken über die wahre Natur ihres Leidens aufkläre, es gebe aber viele Aerzte die hierin einen andern Standpunkt einnehmen.

Dr. v. Rimscha stimmt Dr. Kikuth darin bei, dass eine hartnäckige Laryngitis, die jeder Therapie Trotz biete, sehr verdächtig auf Tuberculose sei, glaubt aber, es sei zu weit gegangen, wenn man von den Katarrhen der Nase und das Rachens dasselbe behaupte.

d. Z. Secretair Dr. Bertels.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

690. Sitzung am 20. März 1901.

Vorsitzender: Tiling. Stellv. Secretär: Wanach.

1. Hagentorn berichtet über eine eigenthümliche Erkrankung die er als Pes varus dynamicus acutus bezeichnen möchte.

Lücke hat darauf aufmerksam gemacht, dass die so häufig getragenen elastischen an der Aussenseite des Beins angebrachten Strumpfbänder bei der Entstehung des Genu valgum zuweilen eine ätiologische Rolle spielen. Hagentorn hat mehrere Fälle beobachtet, wo diese seitlichen Strumpfbänder andere Erscheinungen hervorriefen. Es handelte sich um Kinder im Alter von 4–7 Jahren, die seit einigen Tagen an so heftigen Fussschmerzen litten, dass sie am Gehen verhindert waren. Der Untersuchungsbefund war bis auf eine Einwärtsdrehung der Planta pedis negativ. Bei genauerem Nachfragen erwies sich stets, dass die Kinder seitliche Strumpfbänder und in der letzten Zeit kürzere Strümpfe als gewöhnlich trugen. Die immer wirksame Therapie bestand im Verbot des Tragens solcher Strumpfbänder und Massage. Nach einigen Tagen waren die Kinder gesund.

Hagentorn erklärt sich die Erscheinungen so, dass durch den Zug der Strumpfbänder eine Valgusstellung des Knies angestrebt wird; um diese zu compensiren wird der Fuss in Varusstellung gehalten und die dabei wirksamen Muskeln gerathen in einen krampfhaften Contractionszustand.

Tiling fragt, ob es sich nicht um schwächliche, gracil gebaute Kinder handelt, deren Gelenkbänder erschlafft sind und seitliche Bewegungen des Knies gestatten.

Hagentorn verneint dieses. Unter seinen Patienten waren auch ganz gesunde, robuste Kinder, bei denen eine Valgusstellung des Knies nicht nachweisbar war. Geringe seitliche Beweglichkeit des Kniegelenkes kommt wohl auch bei normalen Verhältnissen vor.

Auf die Frage von E. Schmidt nach der Grösse des von den Strumpfbändern ausgeübten Zuges erwidert Hagentorn, dass sie sich nicht präcisiren lässt.

Heuking. Wenn kein Genu valgum vorhanden ist, so erscheint es unverständlich, wie ein compensatorischer Pes varus entstehen kann. Die von Hagentorn beschriebenen Symptome haben Aehnlichkeit mit denen des schmerzhaften entzündlichen Plattfusses.

Bei diesem spielen mechanische Verhältnisse wenig mit; die Beschwerden stehen nicht im Verhältniss zur Difformität. Auch die Belastung ist von untergeordneter Bedeutung. Heuking hat wiederholt gesehen, dass Plattfussbeschwerden bei Schwangeren, trotz der Zunahme der Belastung, schwanden um nach der Geburt wieder aufzutreten. Die Ursache der Beschwerden ist vorwiegend in Nervosität und in allgemeinen Ernährungsstörungen zu suchen.

Dem stimmt Hagentorn nicht bei. Bei Schwangeren machen sich gerade statische Momente geltend: die Verlegung des Schwerpunktes lässt die Beschwerden trotz Zunahme der Belastung schwinden. Das Fussgewölbe wird anders, und zwar mehr nach hinten, belastet. Darauf beruht auch die Behandlung des Plattfusses durch eine Hackeneinlage in den Stiefel.

Heuking. Das stimmt nicht für alle Fälle. Auch bei Nichtschwangeren wechseln die Beschwerden, ohne dass sich in den statischen Verhältnissen irgend etwas ändert.

Tiling. Plattfuss und Plattfussbeschwerden sind verschiedene Dinge. Statische Verhältnisse und Ernährungsstörungen zusammen bewirken die Schmerzen. (Lücke's Fall eines ausgezeichneten mit Plattfüssen behafteten Bergsteigers, der erst nach einem Typhus Schmerzen bekam). Bei Schwangeren kommt auch die bessere Pflege, die geringere Arbeit in Betracht. — Hagentorn's Thema betrifft etwas Anderes. Es handelt sich um Schmerzen in contrahirten Muskeln, ohne ein besonderes schwächendes Moment. Jedenfalls ist die Beobachtung neu und praktisch wichtig.

2. Fick berichtet über das Auftreten von peptischen Geschwüren im Anfangstheil des Jejunum und an der Anastomose nach Gastroenterostomie wegen Ulcus ventriculi. In der Literatur sind nur 8 Fälle beschrieben, denen Fick 2 eigene Beobachtungen hinzufügen kann.

Der erste Patient hatte wiederholte Ulcuscuren mit vorübergehendem gutem Erfolg gebraucht. Schliesslich kam es zur Pylorusstenose. Gastroenterostomie nach Kocher mit Enteroanastomose der angehefteten Jejunumschlinge. Verlauf durch eine Pneumonie complicirt Nach 3 Wochen wurde Pat. entlassen. $1^1/_2$ Jahre war er gesund, dann bildete sich unter Schmerzen links im Epigastrium eine Vorwölbung die mit der Haut verwuchs. Fick vermuthete eine Ligatureiterung und incidirte in der alten Narbe. Hier war aber alles normal; es erwies sich, dass der entzündliche Tumor durch Verklebung des Magens mit den Bauchdecken entstanden war. Eine Incision an dieser Stelle führte direct in den Magen und nun konnte man constatiren, dass an der Vereinigungsstelle der angenähten Jejunumschlinge mit dem Magen ein Ulcus sass, das auf Magen und Darm übergriff und durch Schleimhaut und Muscularis ging. Die Ernährung des Pat. machte einige Schwierigkeiten, da Alles aus der Fistel ausfloss. Reichliche Bestreuung des Ulcus mit Bismuth brachte die Fistel zur Heilung. Da Pat. verreiste, ist über sein weiteres Schicksal nichts bekannt. Einen erneuten operativen Eingriff lehnte Pat. ab

Der zweite Patient hatte auch eine Pylorusstenose nach Ulcus ventriculi. Die Pyloroplastik war nur von vorübergehendem Erfolg. Nach $^1/_2$ Jahr musste die Gastroenterostomie mit Enteroanastomose gemacht werden. Der Pylorus war an der vorderen Bauchwand fixirt. 2 Jahre war Pat. gesund, dann bekam er unterhalb des Nabels, entsprechend der Enteroanastomose einen etwas empfindlichen, mit den Bauchdecken zusammenhängenden Tumor. Pat. starb an Pneumonie. Keine Section. Fick vermuthet, dass es sich um Geschwürsbildung an der Darmanastomose gehandelt hat, wie sie auch schon in der Literatur beschrieben ist. Ein Carcinom hätte in der Pylorusgegend liegen müssen, auch sprach das gute Befinden und das blühende Aussehen des Pat. gegen Carcinom. Peptische Geschwüre an der Darmanastomose können um so leichter auftreten, da das Jejunum an den sauren Magensaft nicht gewöhnt ist. — Dass diese peptischen Geschwüre so selten vorkommen ist dadurch zu erklären, dass bekanntlich die Hyperacidität nach der Gastroenterostomie meist schwindet. In den wenigen Fällen wo das nicht der Fall ist, können eben diese Geschwüre entstehen. Um das zu verhindern, soll man also auch nach der Gastroenterostomie die Hyperacidität behandeln.

Wanach hat 2 mal solitäre Geschwüre im Ileum gesehen, die zur Perforation und tödtlichen Peritonitis führten und ihrem Charakter nach zu den auch in der Literatur erwähnten primären peptischen Darmgeschwüren gezählt werden mussten. Die Frage ob über die Aetiologie dieser der Einwirkung des Magensaftes entzogenen Geschwüre genaueres bekannt ist, Fcb int eaweortt k verneinend.

Hagentorn fragt, ob Magengeschwüre nicht auch ohne Hyperacidität vorkommen. Eine Patientin, die an Kopfschmerzen, Sternalschmerz, leichten gastrischen Störungen, Herpes im Gesicht und an anderen Körperstellen («Herpetisme» der Franzosen) litt, hatte auch periodische Magenblutungen. Da könnte es sich um Herpes der Magenschleimhaut als Ursache der Geschwürsbildung handeln.

Fick. Bei Magengeschwür ist Hyperacidität die Regel. Zur Operation kommen jedenfalls nur solche Fälle, weil sie mit Pylorospasmus einhergehen und die schlechtesten Heilungschancen haben.

Frantzen. In Hagentorn's Fall kann sehr wohl auch Hypersecretion und Hyperacidität bestanden haben. Sowohl diese Zustände als auch Herpes sind der Ausdruck einer Neurose, daher hätte ihre Coincidenz nichts Auffallendes.

E. Koch. Magengeschwüre ohne Hyperacidität kommen vor und sind zuerst eingehend von Einhorn beschrieben worden. Ausserdem sind nicht ganz selten Fälle von Erosionen der Magenschleimhaut bei niedrigem HCl-Gehalt des Magensaftes. Aus solchen Erosionen können bekanntlich dann echte Geschwüre entstehen, ohne Steigerung der Acidität.

Vermischtes.

— Der VIII. Congress russischer Aerzte zum Andenken an N. Pirogow wird in Moskau vom 3. bis 10. Januar 1902 stattfinden. Präsident des Organisations-Comités ist der Moskauer Professor der Chirurgie Dr. A. Bobrow, Secretär der Privatdocent Dr. G. N. Gabritschewski. Die Zahl der Sectionen beträgt 25. Zu Vorsitzenden in den verschiedenen Sectionen sind nachstehende Personen gewählt worden: 1) In der Section für Anatomie und Anthropologie — Prof. Sernow; 2) Histologie und Embryologie — Prof. Ognew; 3) Physiologie und physiologische Chemie — Prof. Bulyginski und Prof. Morochowez; 4) Allg. Pathologie — Prof. Vogt; 5) Patholog. Anatomie — Prosector Dr. Kischenski und Privatdocent Mamurowski; 6) Bacteriologie und Parasitologie — Privatdocent Gabritschewski; 7) Innere Krankheiten — Prof. Scherwinski; 8) Nerven- und Geisteskrankheiten — Prof. Roth, Privatdocent Serbski und Dr. Jakovenko; 9) Kinderkrankheiten — Prof. Korssakow; 10) Chirurgische Krankheiten — Prof. Diakonow und Prof. Ssinizyn; 11) Geburtshülfe und Frauenkrankheiten — Prof. Makejew und Prof. Snegirew; 12) Augenkrankheiten — Prof. Krjukow und Dr. Loshetschnikow; 13) Hautkrankheiten und Syphilis — Prof. Pospjelow; 14) Ohren- und Kehlkopfkrankheiten — Dr. Stepanow und Dr. A. F. Belajew; 15) Allg. Therapie — Prof. Mitropolski; 16) Pharmakologie, Balneologie, Hydrotherapie — Prof. Bogosslowski; 17) Pharmacie und Pharmakognosie — Prof. A. Tichomirow; 18) Hygiene — Dr. W. E. Ignatjew; 19) Landschafts- und städtische Medicin — Dr. Duwakin, Dr. A. Petrowski, Dr. Kurkin und Dr. J. Popow; 20) Fabriks-Medicin — Dr. Bogoslowski und Dr. Skibnewski; 21) Militär- und Marine-Medicin — Dr. Sauszinski und Dr. Sarshezki; — 22) Eisenbahn-Medicin — Dr. D. Mendelejew; 23) Veterinär-Medicin — Privatdocent Gabritschewski; 24) Sanitäts-Gesetzgebung und Standesfragen — Dr. J. W. Konstantinowski; 25) Gerichtliche Medicin — Prof. Neiding. — Der Mitgliedsbeitrag ist auf 8 Rbl. festgesetzt.

— Der Gesellschaft zur Fürsorge für Geisteskranke in Livland sind, wie der Verwaltungsrath zur Kenntniss bringt, vom 1. Januar bis 27. Oct. d. J., durch Einnahmen von veranstalteten Bazaren, Concerten, Kirchencollecten und durch zahlreiche Spenden 19316 Rbl. 90 Kop., sowie an Mitgliedsbeiträgen, Zinsen etc. 2213 Rbl. 20 Kop., in Summa also 21,530 Rbl. 10 Kop. zugegangen. Solcher werkthätigen Nächstenliebe ist es zu verdanken, dass das Vermögen der Gesellschaft, welches am 1. Januar d. J. 24,100 Rbl. 40 Kop. betrug, nunmehr auf 45,630 Rbl. 10 Kop. angewachsen ist.

— Der durch seine zahlreichen Polarreisen auch in weiteren Kreisen bekannte Marinearzt Dr. Alexander v. Bunge hat, wie die Rigaer Blätter melden, im Schwarzhäuptersaale in Riga einen interessanten Vortrag gehalten über Polarforschungen und speciell über die russisch-schwedische Spitzbergen-Expedition, an welcher der Vortragende als Arzt und wirthschaftlicher Leiter theilgenommen hat. Eine schätzenswerthe und benutzenswerthe Eigenthümlichkeit der Polargegenden liege nach Bunge's Meinung auch auf dem sanitären Gebiete und sei bedingt durch die absolute Keimfreiheit der Atmosphäre, welche sie als Heilbedingung für verschiedene Krankheiten, namentlich der Respirationsorgane, sehr geeignet erscheinen lasse. Da es nun dank den Fortschritten der Technik möglich sei, auch in jenen Gegenden sowohl für gute Behausung als auch für vollkommen ausreichende Verpflegung zu sorgen, so läge der Gedanke nahe, Sanatorien auf Spitzbergen zu errichten.

— Am 2./15 November hat zu Ehren Prof. R. Virchow's die Berliner Studentenschaft einen Festcommers veranstaltet, an dem über 2000 Personen theilnahmen, darunter zahlreiche Professoren, Vertreter des Cultusministeriums und der Stadt Berlin u. A. Bei dieser Gelegenheit wurde dem Jubilar ein künstlerisches Gedenkblatt überreicht, das die Verehrung symbolisirt, welche Virchow bei den Studenten geniesst: Im Vordergrunde sind zwei Jünger der alma mater an die vor einer Eiche stehende lorbeerbekränzte Büste Virchow's herangetreten und bringen ihm mit der Fahne und gezogenem Schläger ihre Huldigung in Gestalt von Lorbeerkränzen dar; in einem malerischen Durchblick wird die Schöpfung des Altmeisters, das pathologische Museum sichtbar.

— Der bekannte Breslauer Chirurg Prof. Dr. Mikulicz ist, wie Moskauer Blätter berichten, in der vorigen Woche in Moskau eingetroffen, wo er unter Anderem die Universitätskliniken eingehend in Augenschein genommen hat.

— Die Landschaft von Werchnednjeprowsk (Gouv. Jekaterinosslaw) hat in Anerkennung der Verdienste, welche Dr. J. A. Mrosowski während seines 25jährigen Dienstes in dieser Landschaft sich erworben hat, beschlossen, sein Portrait in dem Sitzungssaale aufzuhängen und dem Sohne desselben ein Stipendium im Betrage von 400 Rbl. jährlich zu seiner Ausbildung im Kiewschen Polytechnikum auszusetzen. Dr. M., welcher bereits seit 1853 als Arzt thätig ist, wird wegen geschwächter Gesundheit im nächsten Jahre in den Ruhestand treten.

— Der Privatdocent der Kiewer Universität Dr. M. G. Tschernjachowski ist von der Warschauer medicinischen Facultät zum Professor der theoretischen Chirurgie gewählt worden.

— Der Laborant für physiologische Chemie an der militär-medicinischen Akademie Dr. Michael Iljin hat sich mit Genehmigung der Conferenz als Privatdocent für das genannte Fach an der Akademie habilitirt.

— In diesem Monat begeht eine ganze Reihe hiesiger und auswärtiger Aerzte, welche i. J. 1876 den Cursus an der damaligen medico-chirurgischen Akademie absolvirt haben, das 25jährige Jubiläum ihrer ärztlichen und wissenschaftlichen Thätigkeit. Zu diesen gehören unter Anderen die Professoren v. Anrep (gegenwärtiger Curator des St. Petersb. Lehrbezirks), Ssimanowski, Ratimow, die Doctoren Nishegorodzew, Bursian, Krusenstern, Bowin, Seweke, Posadski.

— Zum Präses der städtischen Sanitäts-Commission in Riga ist der Director des Rigaschen Stadtkrankenhauses Dr. Heerwagen gewählt worden.

— Am 7. November 1901 constituirte sich in Wien die durch Umwandlung des «Wiener medicinischen Clubs» aus demselben hervorgegangene «Gesellschaft für innere Medicin in Wien», als deren Präsidenten die Vorstände der drei medicinischen Universitätskliniken, die Hofräthe und Professoren Nothnagel, Neusser und Schrötter, und als deren Secretäre die Docenten Dr. Max Herz und Dr. Hermann Schlesinger fungiren. Es ist mindestens alle 14 Tage eine Sitzung des neuen Vereines in Aussicht genommen.

— Die II. Section des XIV. internationalen Congresses in Madrid (23—30. April 1903), welche die Otologie, Rhinologie und Laryngologie gemeinsam behandeln sollte, wird, mehrfachen Wünschen entsprechend, in 2 Unterabtheilungen getheilt werden: a. Otologie, b. Rhino-Laryngologie. — Die XVI. Section wird die gerichtliche Medicin und Toxicologie umfassen.

Verstorben: 1) Am 31. October in St. Petersburg der langjährige Arzt am Institut der Ingenieure der Wegecommunication Geheimrath Dr. Moritz Rosenberg im 77. Lebensjahre. Er war der Sohn eines Arztes und hatte seine med. Ausbildung in der ehemaligen Moskauer medico-chirurgischen Akademie erhalten, worauf er mehrere Jahre im Auslande zu Studienzwecken sich aufhielt. Nachdem er 1852 die Doctorwürde in St. Petersburg erlangt hatte, trat er seine obengenannte Stellung an, die er bis zum Lebensende bekleidete. 2) Am 2. November hierselbst der frühere Militär-Medicinalinspector des Kasanschen Militärbezirks, Geheimrath Dr. W. Lotin im Alter von 68 Jahren. Der Hingeschiedene war ein Schüler der medico-chirurgischen Akademie, welche er i. J. 1854 absolvirte. Seine ärztliche Thätigkeit begann er als Militärarzt unter Pirogow im Krimkriege und durchlief dann die Stufenleiter im militär-ärztlichen Dienst bis zum Militär-Medicinalinspector. Im J. 1898 nahm er seinen Abschied und lebte in St. Petersburg. 3) In Kiew der dortige freipraktieirende Arzt Dr. Boris Grünberg im 45. Lebensjahre. Nach Absolvirung des Cursus an der

Kiewer Universität i. J. 1880 wurde G. Landschaftsarzt in Bessarabien, siedelte aber nach 6 Jahren später nach Kischinew über, von wo er vor ca. 2 Jahren nach Kiew zog. 4) In London der Nestor der englischen Chirurgen Charles Holthouse im 91. Lebensjahre.

— In Bonn beging der dortige Professor der Anatomie Dr. Freiherr v. La Valette-St. George seinen 70. Geburtstag. Seine Lehrthätigkeit hat er vor 40 Jahren begonnen und seit 25 Jahren ist er Director des anatomischen Instituts.

— Generalchirurg Prof. Dr. W. Taylor in London ist zum Generalarzt der englischen Armee ernannt worden. (A. m. C.-Ztg.).

— Dr. Chantemesse, ein Schüler Pasteur's, hat, wie aus Paris gemeldet wird, ein analog dem Behring'schen Antidiphtherieserum wirkendes Antityphusserum hergestellt. Versuche mit Injectionen dieses Serums bei Typhuskranken sollen in mehreren Hospitälern ein durchaus günstiges Resultat ergeben haben.

— Wir bringen aus dem soeben erschienenen Personalverzeichniss der Universität Jurjew nachstehende Daten, die wir der «Nordl. Ztg.» entnehmen: Was die Verwaltung und den Lehrkörper der Universität betrifft, so ist, an Stelle des Professors A. Budilowitsch, Professor Dr. A. Philippow zum Rector ernannt worden. In der medicinischen Facultät ist an Stelle des Ophthalmologen Prof. Rählmann — Prof. Jewezki und an Stelle des Gynäkologen Prof. Muratow — Dr. A. Ssolowjew getreten. Ausserdem sind die Privatdocenten Dr. Krupezki (Therapeut) und Dr. Sawjalow ausgeschieden und ist Dr. H. Rubinstein als Privatdocent für pathologische Anatomie hinzugekommen. Die Zahl der Studirenden beträgt 1791, von denen 807 der med. Facultät angehören. Die Hauptmasse besteht aus ehemaligen Zöglingen geistlicher Seminarien. Die Zahl derselben beträgt wohl über 900, da in diesem Semester gegen 200 Seminaristen Aufnahme gefunden haben. In Folge dieses Zuströmens der Seminaristen ist die Zahl der aus dem Reichsinnern stammenden Studenten auf 1389 gewachsen, während die Zahl der aus den Ostseeprovinzen stammenden Studirenden stetig abnimmt und gegenwärtig 395 beträgt. Zu Anfang des Jahres 1891 waren es noch 1086. Die Zahl der Studirenden mosaischer Confession beläuft sich auf 135 (gegen 151 im Vorjahre). Die Zahl der Pharmaceuten beträgt 85, davon nur 34 aus den Ostseeprovinzen, während i. J. 1899 die Zahl der aus diesen Provinzen stammenden Pharmaceuten noch auf 108 sich belief.

— Pestnachrichten. In Odessa wurden im Oct. zwei tödtlich verlaufene Erkrankungen constatirt, welche den örtlichen Aerzten pestverdächtig vorkamen. Es waren der Koch Rekel, welcher am 14. October, und der Bauer Glinski, ebenfalls von Profession Koch, welcher am 26. October verstarb. Da nun der Bacteriologe Prof. Wyssokowitsch aus Kiew die beiden Krankheitsfälle als Pestfälle anerkannt hat, so wurden am 27. October die Häuser, in denen die beiden Personen erkrankt waren, durch Cordon isolirt und desinficirt, sowie alle Hausbewohner unter ärztliche Aufsicht gestellt. Ueberhaupt sind in Odessa alle sanitäre und vorbeugende Massregeln ergriffen worden. Seit dem 26. October ist kein neuer Pestfall daselbst vorgekommen. Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 27. Oct. d. J. 8857 (54 wen. als in d. Vorw.), darunter 886 Typhus — (32 wen.), 911 Syphilis — (12 wen.), 377 Scharlach — 6(wen.). 185 Diphtherie — (20 wen.), 74 Masern — (2 mehr) und 3 Pockenkranke — (2 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 21. bis zum 27. October 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
348	254	602	100	38	127	23	4	26	61	50	47	56	38	21	9	2

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 31, Febris recurrens 1, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 24, Scharlach 21, Diphtherie 35, Croup 6, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 24, Erysipelas 4, Grippe 2, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 83, Tuberculose anderer Organe 10, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 32, Marasmus senilis 14, Krankheiten der Verdauungsorgane 48, Todtgeborene 32.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 13. Nov. 1901.

Tagesordnung: Westphalen: Ueber Ulcus ventriculi.

Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 19. November 1901



GUBER-QUELLE

Wirksamstes Eisen-, Arsen-Wasser, gegen Blutarmuth, Frauenkrankheiten, Nerven und Hautkrankheiten etc.

Zu haben in allen Mineralwasserhandlungen, Apotheken und Droguerien.

(31). 26—19.



Nervenanstalt zu Görlitz (Preuss.-Schles.)

Offene Kuranstalt u. Pensionat für Nervenkranke.

Heil- und Pflegeanstalt für Nerven- und Gemüthskranke.

Aerztliches Pädagogium für jugendliche Kranke.

Diese seit dem Jahre 1855 bestehende, mit den Fortschritten der Wissenschaft wie den Anforderungen der Zeit stetig weiterentwickelte Anstalt, inmitten grosser Gärten, an den anmuthigen Parkanlagen der Stadt gelegen, nimmt kranke Damen wie Herren auf und bietet neben dem Comfort der gebildeten Stände alle Hilfsmittel der Behandlung und Pflege von Kranken. Besondere Sorgfalt wird auf die Trennung der leichten resp. Nervenkranken von schweren Krankheitsformen, sowie auf die Theilnahme der Patienten am Familienleben und an regelmässiger Beschäftigung gewendet. Verschiedene getrennte Gebäude und einzelne kleine Villen gestatten jede mögliche Rücksicht auf individuelle Anforderungen und werden die ärztlichen Bemühungen durch ein zahlreiches gebildetes Beamtenpersonal unterstützt. — Für die in neuerer Zeit sich immer mehr häufenden **Fälle von Nerven- und Gemüthskranken im jugendlichen und kindlichen Alter** ist innerhalb der Anstalt ein methodisches **ärztliches Pädagogium** eingerichtet, in welchem eigene Lehrer für die hauptsächlichsten Lehrgegenstände — Gymnasial- und Realschulfächer — und ausserdem Instruktoren für Handfertigkeiten, mechanische, artistische und körperliche Uebungen angestellt sind, um regelmässigen Unterricht zu ertheilen und die geistige und sittliche Entwicklung der Zöglinge neben den Aerzten zu überwachen und zu fördern. Prospecte über die Heilanstalt wie das Pädagogium sind zu erhalten von **Dr. Kahlbaum.**

(126) 10—4.



„Verbandwatte-Fabrik“ hat abzugeben: **Brauns'sche Watte** in mehreren Qualitäten zu coulantesten Preisen. Gefl. Anfragen „Prima 5957“ an Haasenstein & Vogler, Wien I.

Im Deutschen Alexander-Hospital wird Nachweis ertheilt über zur Zeit dienstfreie **Pfleger** und **Pflegerinnen** für die private Krankenpflege (gegen Zahlung von 50 Cop.).

НИВА

даетъ своимъ подписчикамъ въ **1902 г.**

52 №№ художественно-литературнаго журнала «НИВА», заключающаго въ себѣ въ теченіе года около 1500 столбцовъ текста и 500 гравюръ и рисунковъ.

ПЕРВЫЕ 12 ТОМОВЪ Полнаго Собранія Сочиненій **Н. С. ЛѢСКОВА**, отпечатанныхъ четкимъ шрифтомъ на хорошей бумагѣ, съ портретомъ и біографическимъ очеркомъ, составленнымъ Р. И. Сементковскимъ. Остальные томы сочиненій Лѣскова подписчики получатъ въ 1903 г., при чемъ наше собраніе сочиненій Лѣскова будетъ значительно дополнено произведеніями, не вошедшими въ прежнія изданія или еще **вовсе не напечатанными.**

Полное Собраніе Сочиненій въ **12 ТОМАХЪ** **В. А. ЖУКОВСКАГО**, дополненныхъ, подъ редакціею профессора А. С. Архангельскаго, цѣлымъ рядомъ неизданныхъ поэтическихъ произведеній знаменитаго писателя и отпечатанныхъ четкимъ шрифтомъ, въ 2 столбца, расширеннаго формата, на хорошей бумагѣ, **съ портретомъ и біографическимъ очеркомъ.**

12 КНИГЪ „ЕЖЕМѢСЯЧНЫХЪ ЛИТЕРАТУРНЫХЪ ПРИЛОЖЕНІЙ“ (романы, повѣсти, разсказы, популярно-научныя статьи, очерки и пр. современныхъ авторовъ).

12 №№ „Парижскихъ модъ“ (до 300 модныхъ гравюръ по послѣднимъ фасонамъ лучшихъ мастеровъ).

12 №№ рукодѣльныхъ и выпильныхъ работъ и выкроекъ въ натуральную величину (около 600 рисунк. и чертеж.).

СТѢННОЙ КАЛЕНДАРЬ на 1902 г., отпечатанный красками.

Подробное иллюстрированное объявленіе о подпискѣ высылается безплатно.

ПОДПИСНАЯ ЦѢНА на 1902 годъ со всѣми приложеніями:

БЕЗЪ ДОСТАВКИ въ С.-Петербургѣ **5 р. 50 к.**

БЕЗЪ ДОСТАВКИ 1) **въ Москвѣ** въ Конторѣ **Н. Печковской**—**6 р. 25 к.**; 2) **въ Одессѣ** въ книжн. магаз. «**Образованіе**» **6 р. 50 к.**

Со доставкою въ С.-Петербургѣ **6 р. 50 к.**

Съ пересылкой во всѣ города и мѣстности Россіи. **7 р.**

За границу — **10** р.

Разсрочка платежа въ 2 и 3 срока.

Требованія адресовать въ Главную Контору журн. „НИВА“, С.-Петербургъ, М. Морская, 22.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Marie Winkler, уг. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Дозв. ценз. Спб., 10 Ноября 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 46 St. Petersburg, 17. (30.) November 1901

Ueber angeborene Herzfehler.

Von

E. Mey.

Vortrag, gehalten auf dem XIII. Livl. Aerztetage zu Riga.

M. H. Unter den verschiedenen Formen der angeborenen Herzfehler giebt es eine bestimmte Laesion am Gefässsystem, welche angeboren ist, die die Eigenthümlichkeit hat in der ersten Hälfte der Kindheit überhaupt keine Symptome zu machen, dagegen aber in der zweiten Hälfte derselben oder im Alter des Erwachsenen die auffälligsten Erscheinungen zur Entwickelung kommen zu lassen. Ich meine die angeborene Stenose des Isthmus aortae, an deren Vorhandensein bei meinem Kranken gedacht werden muss. Der Kranke ist 18 Jahre alt, wurde uns vor 3 Jahren zum ersten Mal in der Krankenambulanz des Rothen Kreuzes mit geringen Herzbeschwerden vorgestellt. Er stammt von gesunden Eltern, hat bisher keine Infectionskrankheiten durchgemacht, welche erfahrungsgemäss das Endocard in Mitleidenschaft ziehen. Objectiv liegen die Zeichen einer linksseitigen Herzhypertrophie vor, ein deutliches Schwirren an der ganzen vorderen Brustwand, das am lautesten am Manubrium und in der Fossa jugularis wahrzunehmen ist. Der Radialpuls ist klein, die Arterie von geringer Füllung, dagegen erscheinen die Cruralarterien von normalem Füllungszustande.

Percutorisch ist eine geringe Erweiterung beider Herzhälften nachweisbar, keine Schalldifferenz am oberen Theile des Sternums. Die Auscultation lässt nun ein sehr deutliches systolisches Geräusch an der ganzen vorderen Brustwand erkennen mit dem Intensitätsmaximum am Manubrium. Das Geräusch leitet sich in beide Halsgefässe fort. Der zweite Aortenton und der zweite Pulmonalton sind deutlich hörbar, aber nicht auffallend verstärkt. In den Carotiden sind keine Töne wahrzunehmen.

Es liegen hier, meine Herren, die Zeichen eines Hindernisses in der Aortenbahn vor. Es entsteht nun die Frage, in welchem Abschnitt derselben das Hinderniss seinen Sitz hat.

Vor 3 Jahren, als ich den Kranken zum ersten Mal untersuchte, erschien mir die Annahme einer angeborenen Aortenlaesion am wahrscheinlichsten.

Die congenitalen Verengerungen der Aortenbahn liegen entweder am Ostium oder an dem sog. Isthmus aortae. Die Ostiumstenosen interessiren uns weniger, weil die mit dieser Affection behafteten Kinder gewöhnlich bald nach der Geburt sterben, dagegen beanspruchen die angeborenen Isthmusverengerungen in hohem Masse unser klinisches und praktisches Interesse und zwar aus dem Grunde, weil sie erstens in der ersten Hälfte des kindlichen Alters entweder ganz oder nahezu vollständig symptomlos verlaufen können und zweitens, weil sie eine lange Lebensdauer gestatten.

Die Erklärung für den symptomlosen Verlauf liegt in der Entstehungsweise der congenitalen Isthmusstenose. Beim Foetus besteht nämlich normaliter an der Einmündungsstelle des Botallischen Ganges in die Aorta eine unvermittelte Verengerung der Aortenbahn, die sich erst im extrauterinen Leben, gleichzeitig mit der Obliteration des Botallischen Ganges erweitert. Ein Stehenbleiben auf diesem Foetalzustande kann nun leicht zur bleibenden Stenose führen. Daraus ergiebt sich weiter, dass die ein Mal gesetzte Stenose während des Extrauterinlebens sich in ihrem Durchmesser kaum mehr ändert, dagegen ändern sich aber die Beziehungen der Stenose zum Gesammtkörper mit den Jahren sehr wesentlich, so dass ein anfangs geringfügiges Hinderniss nach vollendetem Körperwachsthum zu einem sehr hochgradigen für die Blutströmung werden kann.

Der klinische Befund, M. H.!, am Gefässsystem dieses Kranken, wie ich ihn hier ganz kurz geschildert habe, deckt sich nun vollkommen mit dem, wie er vor 3 Jahren aufgenommen worden ist. Der Kranke ist nun innerhalb der 3 Jahre rapid gewachsen, ich habe ihn nahezu regelmässig in jedem Monat untersucht in Erwartung dessen, dass sich diejenigen Symptome, entsprechend dem

fortschreitenden Körperwachsthum, ausbilden würden, welche die vor 3 Jahren gestellte Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu bestätigen im Stande sind, wie eine auffallende Verstärkung des 2. Aortentones oder die Entwickelung eines arteriellen Collateralkreislaufes im Gebiete der Dorsales scapulae, der subscapulares etc., eine Erscheinung, die erstens nur im Alter des Erwachsenen auftritt und nicht anders erkl' werden kann als durch ein hochgradiges Hinderniss zwischen dem Bogen und dem absteigenden Theil der Aorta.

Es besteht im Gegentheil eine deutliche Druckdifferenz zwischen der Arteria radialis und der Arteria cruralis, während das Verhältniss bei der Isthmusstenose, nach vollendetem Körperwachsthum, ein umgekehrtes sein müsste, d. h. das Blut müsste in der radialis unter einem wesentlich höheren Druck stehen als in der cruralis.

Dieses ist nun aber nicht eingetreten, so dass die Annahme einer angeborenen Gefässlaesion wohl aufgegeben werden muss und zwar zu Gunsten einer acquirirten Erkrankungsform der Aorta, welche in ihrem Symptomenbilde eine grosse Aehnlichkeit darbietet mit demjenigen der angeborenen Isthmusstenose.

Es sind das jene Störungen der Aortenbahn, welche durch schwielige Mediastenitis oder Mediastinopericarditis hervorgerufen werden.

Aus der Anamnese ist nämlich bekannt, dass der Kranke in der ersten Hälfte seiner Kindheit eine langdauernde acute Krankheit der Brustorgane durchgemacht hat, an der die Lunge und die Pleura betheiligt gewesen sein sollen.

Demnach ist nun der Gedanke sehr naheliegend, dass sich damals ein entzündlicher Process am äusseren Blatte des Herzbeutels etablirt hat, welcher später zu bindegewebigen, mehr oder weniger starren Verwachsungen zwischen dem Herzbeutel und der Aorta mit ihren mechanischen Folgeerscheinungen geführt hat.

Wenn wir uns die anatomischen Beziehungen des Pericardiums zu den grossen Gefässstämmen ins Gedächtniss zurückrufen, so sehen wir, dass die Bedingungen für die Entwickelung eines derartigen Processes wohl gegeben sind.

Die Umschlagstelle des Pericardiums reicht nämlich nahezu bis an die Grenze zwischen dem aufsteigenden Theil der Aorta und dem Bogen heran, eine Thatsache, welche das Uebergreifen einer Pericarditis externa auf die Aortenwandung vollkommen erklärt.

Kommt es nun später durch Schwielenbildung zu Zerrungen, Knickungen oder Abflachungen — kurz zu einer Formveränderung der Aorta, so kann man sich leicht einen Zustand vorstellen, welcher im Stande ist das bei unserem Kranken vorliegende klinische Bild zu erzeugen.

Auf diese Zustände hat besonders **Rosenbach** in Berlin hingewiesen. Diese Erkrankungsformen haben für den Praktiker insofern eine Bedeutung, als sie im Allgemeinen, nach den bisherigen Erfahrungen, eine ganz günstige Lebensprognose gestatten.

Vorfall des verletzten Darmes per anum.

Von
Dr. E. Hoerschelmann
in Rappin (Livland).

Im September 1893 hatte ich Gelegenheit einen eigenthümlichen Fall von Darmverletzung bei einem Geisteskranken zu beobachten, den ich seiner Seltenheit wegen der Oeffentlichkeit übergeben möchte. Die Geschichte des Falles ist kurz folgende:

Patient, J. N. 38 a. n., Este, war seit mehreren Jahren geisteskrank. Er lebte bei seinem Vater, einem Bauer, und hatte bisher weder an sich noch an andere Hand angelegt, oder sich irgendwie gefährlich gezeigt. Ende September 1893 hatte er einige Tage hindurch an Obstipation gelitten. Um nun, wie er selbst nachher aussagte, die Defäcation zu erleichtern, fuhr er sich mit einem geöffneten Taschenmesser mittlerer Grösse in den Anus, schlitzte sich das Rectum auf, eröffnete das Peritonaeum und verletzte mit der Messerspitze noch eine Dünndarmschlinge. Wie er darauf die Bauchpresse in Thätigkeit setzte, sind ihm die Därme aus dem After vorgefallen. Dieses geschah am 30. September (12. October) 1893 etwa um 8 Uhr morgens. Durch die Schmerzen wild gemacht, hatte Patient darauf mit dem Messer auch die Hausgenossen bedroht, worauf er gebunden und in das circa 10 Kilometer entfernte Gemeindehaus transportirt wurde. Um 9 Uhr abends traf ich bei ihm ein und nahm folgenden Status auf:

Patient ist ein mittelgrosser, kräftiger Mann; er redet irre, giebt jedoch dazwischen auf an ihn gerichtete Fragen auch verständige Antworten. Um ihn zu untersuchen wird der Widerstrebende von vier Männern auf eine Bank gelegt, festgehalten und werden ihm die Beine gespreizt. Aus dem After hängt ein grosses Convolut beschmutzter Dünndarmschlingen, das fast bis zu den Knieen reicht. Die der Analöffnung zunächst liegende, also oberste Dünndarmschlinge ist in einer Ausdehnung von 4 cm. glattrandig aufgeschlitzt, aus der Wunde quillt Darminhalt hervor. An den Beinkleidern haftet eine ziemliche Menge getrockneten Blutes. Die Ränder der Analöffnung sind äusserlich unverletzt. Zwei ins Rectum eingeführte Finger tasten nach dem inneren Befund. Es erweist sich, dass das Rectum an der rechten Seite in grosser Ausdehnung aufgeschlitzt ist. Wie weit die Rectalwunde nach oben reicht, lässt sich nicht ermitteln. An den untersuchenden Fingern bleibt Koth haften. Der Allgemeinzustand des Patienten ist noch ein guter. Erscheinungen von Peritonitis oder Collaps fehlen. Die Haut fühlt sich kühl an, Puls und Athmung sind von normaler Frequenz.

Meine therapeutischen Bestrebungen bestanden in sorgfältiger Säuberung der vorgefallenen Darmschlingen und des Rectums, und Vernähung der Dünndarmwunde; darauf machte ich Repositionsversuche mit 2 Fingern per anum. Die Reposition war schwierig, die Darmschlingen zeigten das Bestreben wieder vorzufallen. Endlich gelang es, sie dadurch im Leibe zurückzuhalten, dass ich sie mit einer mit Watte umwickelten Kornzange höher hinauf schob und die Analöffnung durch einen Verband schloss. Um 11 Uhr abends verliess ich den Patienten. In der Nacht hatte er den Verband abgerissen und die Darmschlingen wieder zu Tage befördert. Bald danach, den 1./13. October um 4 Uhr morgens trat der Exitus letalis ein. Eine Section konnte nicht gemacht werden. Was die Todesursache anbetrifft, so ist eine Peritonitis wohl wegen des raschen Verlaufes auszuschliessen, denn um 11 Uhr abends, wie ich Patienten verliess, bestanden keine nachweisbaren peritonitischen Symptome. Ebenso ist ein anämischer Tod auszuschliessen, denn der Blutverlust war kein sehr bedeutender. Der Tod ist daher wahrscheinlich auf Shokwirkung zu beziehen, wozu die starke Abkühlung der dreizehn Stunden ausserhalb des Leibes liegenden Darmschlingen mit beigetragen haben mag.

Der Fall beansprucht ein gewisses Interesse wegen seiner Beziehungen zur anatomischen Theorie der Hernienbildung. Im Allgemeinen herrscht die Ansicht, die Gewebe des menschlichen Körpers seien soweit elastisch, dass sie ein Convolut umfangreicher Gewebe durch einen blossen Schlitz nicht vorfallen lassen. Es wird daher zur Entstehung einer Hernie oder eines Vorfalles mehr als ein blosser Schlitz, nämlich eine präformirte oder artificielle Gewebslücke in Form eines Loches oder eines Canales vorausgesetzt. Dennoch hatte in diesem Fall das Vorhandensein einer nur schlitzförmigen Rectal- und Peritonealwunde genügt, um den Vorfall zu Stande kommen zu lassen. Ich glaube hierfür folgende Erklärung geben zu können: die Verletzung muss bei leerer Blase stattgehabt haben, wobei normaliter Dünndarmschlingen im kleinen Becken liegen. Patient führte den Schnitt seitlich, weil er dort einen geringen Widerstand fand und konnte so nach Aufschlitzen des Rectums das Peritonaeum eröffnen, ja mit der Messerspitze noch den Dünndarm treffen. Wie er nun seine Bauchpresse in Thätigkeit setzte, konnte das Rectum vermöge seiner starken Befestigung hinten am Kreuzbein nicht ausweichen und so geschah es, dass die Dünndarmschlingen durch den Schlitz hindurch und aus dem Anus als Vorfall zu Tage traten.

Referate.

Dr. med. W. Lamann: Noch ein Zungenspatel. Ein Beitrag zur Physiologie des Schutzvorrichtungssystems. (Monatsschrift für Ohrenheilkunde 1900,

Nr. 10) und: Zum ferneren Ausbau meiner Theorie des oberen Schutzvorrichtungssystems. (Ibidem, 1901, Nr. 8).

Auf die Beschreibung des von Dr. Lamann construirten neuen Zungenspatels, als auf den weniger wichtigen Theil seiner Arbeit, wollen wir hier nicht näher eingehen und möchten unsere Leser nur mit seiner Theorie des Schutzvorrichtungssystems gegen Fremdkörper bekannt machen. Zunächst giebt der Autor eine physiologische Definition eines Fremdkörpers: ein in den Körper gerathener Gegenstand wird zum Fremdkörper, sobald er eine Schutzvorrichtung in Thätigkeit versetzt. Alle in den Körper gerathenen Gegenstände lassen sich eben nicht kurzweg in Fremdkörper und Nichtfremdkörper eintheilen. Diese Definition hat nicht nur für die oberen Wege, sondern für jeden beliebigen Körpertheil Geltung, denn überall sind Schutzvorrichtungen vorhanden, wenngleich sie zu einem anderen «System» gehören und demgemäss durch andere Gesetze geleitet werden. Diese Schutzvorrichtungen sind bestimmt den Fremdkörper von den lebenden Geweben möglichst fernzuhalten. So wird eine Kugel entweder eliminirt oder abgekapselt. — Das System bildet folgende Schutzvorrichtungsreihe: 1) Lippenverschluss, 2) Gebissverschluss, 3) Zungenmuskel, 4) Coulissenverschluss. 5) Pharynxschluss. 6) Erbrechen mit Object im Rachen, 7) Erbrechen mit Object im Magen, 8) Glottisschluss und 9) Hustenstoss. Darauf folgen die Thesen: a) Je tiefer die Schutzvorrichtung liegt, um so mehr sinkt der Einfluss des Willens, welcher dann durch den Reflex ersetzt wird; b) Nie treten zwei Schutzvorrichtungen gleichzeitig in Action; erst sobald eine Schutzvorrichtung versagt, greift die andere in genannter Reihenfolge ein; c) Sobald die nächste Schutzvorrichtung eingreift, tritt die überwundene nicht nur sofort ausser Thätigkeit, sondern es treten sogar ihre Antagonisten in Action. Welchen Sinn hätte z B. bei Glottiskrampf eine gleichzeitige krampfhafte Contraction des Pharynx? Beim Erbrechen stehen «alle Pforten sperangelweit offen». Die Seltenheit der Bisse beim Palpiren der Adenoiden wird auf dieses Gesetz zurückgeführt; da der Rachen dabei eingreift, so klaffen die Zähne und die Lippen reflectorisch: «das Kind kann nicht beissen, selbst wenn es wollte». Bisse können nur während des Passirens der Mundhöhle zu Stande kommen, also vor dem Eingreifen des Reflexes; d) die Entfernung eines vordringenden Fremdkörpers durch die Schutzvorrichtung wird in zwei Tempos bewerkstelligt. Im ersten Tempo wird dem Eindringling an einer passenden Stelle ein solcher Widerstand entgegengesetzt, dass er stillhalten muss: der Fremdkörper wird «gestellt»; im zweiten Tempo erst beginnt der Fremdkörper seine Zurückwanderung, bis er endgiltig aus dem Munde herausgestossen worden ist; e) die Schutvorrichtungen werden nicht nur von den Schleimhautpartien reflectorisch in Action gesetzt, sondern auch durch entferute Reflexe, vom Centrum aus und durch psychische Einflüsse, wobei sich stets derselbe Mechanismus nachweisen lässt. Leider gestattet uns der Raum nicht auf diese Arbeit, «welche ein Versuch sein soll eine lange Reihe jedem Laryngologen bekannter Thatsachen, die uns bis jetzt nur lose zusammenhängend erscheinen, in ein strammes System zu bringen», näher einzugehen.

A. Sacher.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Fr. Kerschbaumer. Malaria, ihr Wesen, ihre Entstehung und ihre Verhütung. Mit 12 Tafeln. Wien Leipzig. Wilhelm Braumüller, 1901.

Nachdem die Erreger der Malaria gefunden waren blieb der Modus der Infection in Dunkel gehüllt, bis die Erkenntniss, dass Mücken die Uebertragung vermitteln, einiges Licht brachte. Immerhin blieb Vieles noch unklar.

Der Verf. bringt uns an der Hand sorgfältiger Untersuchungen über die Lebensweise und das Fortpflanzungsgeschäft der Stechmücken (Culex pipicus und Anopheles claviger) manche für die Malariainfection interessante Thatsachen und giebt Hinweise in welcher Richtung etwaige Massnahmen gegen die Verbreitung der Mücken wie der Malaria vorzunehmen sind. Durch z. Th. farbige Tafeln wird der Entwickelungsgang der Insecten veranschaulicht.

Erfolgreich gegen die Malariaausbreitung wird erst gekämpft werden wenn das Publikum über das Wie der Infection unterrichtet sein wird und den Hygieniker in seinem Vorgehen unterstützt. Der Arzt sollte aber dem Publikum den Weg weisen und richtige Anhaltspunkte findet er in dem obenerwähnten Buch.

Ucke.

O. Zuckerkandl. Atlas und Grundriss der chirurgischen Operationslehre. 2. Auflage. Lehmanns medicin. Handatlanten, Band XVI. München 1901.

In der neuen Auflage des Zuckerkandl'schen Buches finden sich textliche Verbesserungen und Ergänzungen. Auch die Zahl der sauberen und instructiven Abbildungen ist vermehrt worden. Das Buch dürfte sich seinen Platz neben grösseren Operationslehren errungen haben und einer Empfehlung nicht mehr bedürfen.

Wold. Fick.

G. Sultan: Atlas und Grundriss der Unterleibsbrüche. (Lehmanns medicinische Handatlanten Band XXV. München. 1901).

Die Lehre von den Hernien in Form eines Handatlas herauszugeben, ist entschieden ein glücklicher Gedanke. Das begrenzte Gebiet gestattet, ohne den Umfang des Werkes unbequem werden zu lassen die genügende Ausführlichkeit des Textes. Mit Recht ist auch in diesem Werke, wie bei allen bisher erschienenen Atlanten, der Illustration ein weites Feld eingeräumt worden und grade in diesem Buche haben uns die zahlreichen originalen und sehr instructiven Abbildungen ganz besonders gefallen. Das Buch zerfällt in einen allgemeinen und speciellen Theil. Im ersten werden Anatomie, Aetiologie, Diagnose, Therapie, ferner die Bruchzufälle, die Therapie der Einklemmung und endlich als ganz modernes Capitel die Begutachtung von Unterleibsbrüchen abgehandelt. Im speciellen Theil finden die einzelnen Arten der Hernien ihre gesonderte Besprechung. Die Differentialdiagnose ist überall in knapper übersichtlicher Form genügend berücksichtigt. Bezüglich der Radicaloperationen werden von den zahlreichen Methoden nur die verbreitetsten und bewährtesten genauer geschildert. Das Buch dürfte dem Lernenden durch seine Uebersichtlichkeit und die vortrefflichen Illustrationen von grossem Nutzen sein, aber auch jedem Practiker kann es bestens als handliches und instructives Mittel zur raschen Orientirung empfohlen werden.

Wold. Fick.

Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten. Herausgegeben von Dr. Maximilian Bresgen. (Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.).

V. Band. Nr. 1. Dieses Heft enthält 2 Abhandlungen. In der ersten beschreibt Dr. Alb. Liebmann, der wohlbekannte Arzt für Sprachstörungen in Berlin «die Sprache schwerhöriger Kinder». In kurzer, für den Nichtspecialisten aber vollkommen ausreichender Form, bespricht er die verschiedenen Arten der mangelhaft entwickelten Sprache infolge angeborener oder bis zum 7. Lebensjahre erworbener Schwerhörigkeit und die Therapie derselben. Besonders dem allgemein thätigen Arzte zu empfehlen, dem solche Fälle in der Praxis doch häufig genug vorkommen. Die zweite «Ueber die Erscheinungen von Seiten der Respirationsorgane bei arthritisch beanlagten Individuen» ist ein Vortrag von Dr. A. v. Sokolowski, in dem die bei Arthritikern häufig zu beobachtenden Veränderungen seitens des Rachens, der Nase, des Kehlkopfes, der Bronchien und der Lungen kurz beschrieben werden.

Das 2. Heft des V. Bandes bilden 2 Abhandlungen: «Die Behandlung des Nasenblutens innerhalb der Grenzen der allgemeinärztlichen Praxis», von Dr. Karl Kompe und «Scharlach und Ohr» von Dr. G. Heermann. Dem Specialisten bieten sie zwar nichts Neues, für den praktischen Arzt sind sie aber sehr werthvoll, da sowohl die Epistaxis, als die Ohrkomplicationen bei Scharlach gewissermassen zum täglichen Brod der allgemeinen Praxis gehören.

Ein weiteres Heft derselben Sammlung bildet die Abhandlung von Dr. Hermann Gutzmann: «Von den verschiedenen Formen des Näselns». Verf. giebt zunächst eine kurze Beschreibung der Theorie und der experimentellen Untersuchungen über die Entstehung des Näselns und darauf der Aetiologie, Symptomatologie und Therapie der Rhinolalia clausa und Rhinolalia aperta Trotz ihrer Kürze ist die Darstellung eine recht klare und kann dem Laryngorhinologen sowohl, wie dem praktischen Arzte nur bestens empfohlen werden.

A. Sacher.

Fr. Reinke. Grundzüge der allgemeinen Anatomie. Zur Vorbereitung auf das Studium der Medicin nach biologischen Gesichtspunkten bearbeitet. Mit 64 Abbildungen. Wiesbaden, I. F. Bergmann, 1091.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass die Anatomie, solange sie rein descriptiv bleibt, eine schwer zu bewältigende Materie darstellt, die ungeheure Anforderungen an das Gedächtniss stellt. Schon die Entwickelungsgeschichte bringt eine Fülle neuer Gesichtspunkte, die ein gewisses Verständniss für das

Werden der Form gewährt. Dem eigentlichen Wesen der Entwickelungsvorgänge sucht jedoch erst die Entwickelungsmechanik auf den Grund zu gehen und rückt nur damit das Begreifen des Geschehens im werdenden wie fertigen Organismus näher. Die vielfach zerstreuten Thatsachen auf diesem Gebiet in Form eines Lehrbuchs zusammengefasst zu haben ist das Verdienst des Verf. Dass es viele Freunde unter Studirenden und Aerzten finden wird, denen es als interessante und anregende Lectüre empfohlen zu werden verdient, dürfte keinem Zweifel unterliegen.

Ucke.

Protokolle des deutschen ärztl. Vereins zu St. Petersburg.

1301. Sitzung am 9. April 1901.

1. Lunin spricht über Leukoplakia oris.

Die Mundschleimhaut bildet mit Einschluss der Zunge einen häufigen Sitz krankhafter Veränderungen. Während einzelne Affectionen meist an gewissen Stellen sich zeigen, z. B. Diphtheritis am Racheneingang treten andere, ohne an eine Oertlichkeit gebunden zu sein, an allen Partien der Schleimhaut auf. Die Krankheit, über die Vortr. heute sprechen will, kann die Zunge, die Lippen und die Mundschleimhaut befallen. Diese Krankheit hat nach den verschiedenen Autoren, je nachdem dieselbe als locale oder allgemeine Erkrankung angesehen wurde, verschiedene Namen erhalten — Psoriasis linguae, Ichthyosis, Keratosis, Tylosis oris oder endlich Leukoplakia oris. Im ganzen hat Vortr. 6 Fälle dieser Krankheitsform beobachtet.

Fall 1. H. D. Leukoplakia linguae. Diesen Pat. sah L. zum ersten mal im Jahre 1890. Ganz zufällig zeigte er ihm seine Zunge, die L. sofort auffiel, weil dieselbe vollkommen weiss war. Pat. theilte ihm mit, diese Zunge habe er schon etwa 10 Jahre, vielleicht noch länger; sie mache ihm keine Beschwerden. Er habe im Auslande mehrfach Specialisten consultirt, habe verschiedenes gebraucht, jedoch erfolglos, und schliesslich habe er sich um seine Zunge nicht weiter gekümmert. Lues geläugnet. Pat. ist meist gesund gewesen, bis auf einige Hustenattaquen. Vor einigen Jahren habe er an Magenkatarrh gelitten, sei dagegen mit Erfolg behandelt worden, aber die Zunge sei unverändert geblieben. Stets sei er starker Raucher gewesen; ja er schlafe sogar mit der Cigarre im Munde. Die Untersuchung des Mundes ergab: die Gesammtoberfläche der Zunge in ihrer ganzen Ausdehnung ist opalescirend weiss verfärbt. An den Seitenrändern und hinten, in der Gegend der Papillae circumvallatae, ist die weisse Verfärbung durch scharfe Linien begrenzt. Die einzelnen Papillen ragen gleich mattrothen Punkten aus der kranken Fläche hervor. Die Zunge erscheint von zarten Linien durchzogen, die in Längs- und Querzügen die ganze erkrankte Zunge gleichsam in einzelne unregelmässige Felder theilen. Trocknet man die Oberfläche der Zunge, so erscheint dieselbe rauh und uneben. Die Zunge ist durchaus nicht schmerzhaft und hindert den Pat. weder beim Essen, noch beim Sprechen.

In diesem Zustande verharrte die Zunge bis in den December 1896. Der Belag wurde um die Zeit etwas dicker; es hatten sich in der Längsrichtung einige Risse gebildet, die beim Genuss von scharfen Speisen schmerzten. An den hinteren seitlichen Partien traten einige Wärzchen auf von der Grösse einer Linse. Solch ein Wärzchen wurde vom Vortr. im December 1896 entfernt und mikroskopisch untersucht. Das Präparat zeigte nirgends eine atypische Epithelwucherung; das Epithel war dem Bindegewebe gegenüber überall scharf begrenzt. Im Januar 1897 fand L. auf der Zunge einen Knoten von der Grösse einer Erbse, der in die Tiefe des Gewebes hineinragte. Vortr. consultirte Dr. Dombrowsky und Beide kamen überein, hier läge ein beginnendes Carcinom vor. Der Knoten wurde im Februar excidirt, die kleine Wunde war noch nicht verheilt, als in derselben sich von neuem ein Knoten zeigte. Jetzt rieth Dr. Dombrowsky zur Entfernung der ganzen Zunge. Am 29. März 1897 wurde nach vorhergehender temporärer Resection des Unterkiefers diese Operation ausgeführt. Pat. erholte sich nach der Operation sehr langsam, konnte aber den ganzen Sommer auf dem Lande zubringen. Im August zeigten sich am Halse Drüsenpackete, die am 20. Sept. entfernt wurden. Aber es traten neue auf und Symptome, die auf Metastasen in den inneren Organen schliessen liessen; nach qualvollen Leiden starb Pat. am 25. März 1897 im 47. Lebensjahr. Die Leukoplakie hatte hier etwa 17 Jahre bestanden.

Fall 2. N. S. 50 a. n. Leukoplakia buccalis.

Am 1. Dec. consultirte Vortr. ein Priester aus Noworossysk. Er gab an sehr viel geraucht zu haben, auch habe er früher viel getrunken. Vor etwa 3 Jahren habe er bemerkt, dass mit der Zunge nicht alles in Ordnung sei; dieselbe sei etwas steif gewesen. Im August 1900 hätten die Erscheinungen zugenommen. Vor etwa 3 Monaten sei das Schlucken schwer geworden, und da habe er bei Besichtigung seiner Mundhöhle einige Veränderungen an der rechten Mandel bemerkt was ihn bewog sich an einen Arzt zu wenden, der ihn nach Petersburg schickte. Lues geläugnet. Pat. macht einen gesunden Eindruck, am Halse keine Drüsenschwellung, keine Anzeichen von Lues.

Rechts am Boden der Mundhöhle, theils auf die untere Fläche der Zunge übergehend, ein silberweisser Plaque von etwa 2 cm. Durchmesser, der in der Schleimhaut selbst liegt und zum Theil scharf begrenzt ist, zum Theil unmerklich in die gesunde Schleimhaut übergeht. Von dieser weissen Stelle sieht man mehrere kleine Plaques von Linsen- bis Bohnengrösse von unregelmässiger Gestalt längs dem Boden der Mundhöhle nach hinten ziehen. Einige ähnliche Plaques finden sich auf der Wangenschleimhaut rechterseits, die sich in mehr länglichen unregelmässigen Streifen zur Tonsille hin erstrecken. Die rechte Tonsille sehr klein, doch geschwürig zerklüftet, weiss verfärbt und fühlt sich ziemlich derb an. Unten vorn greift dieses zerklüftete Geschwür auf die Zunge über, die übrigens nur an einer etwa ½ cm. grossen Stelle erkrankt erscheint. Die übrige Wangenschleimhaut, die Lippen und die Zungenoberfläche normal. Hier hatten wir es mit einer Leukoplakie des Mundbodens und der Wangenschleimhaut zu thun, von denen letztere sich auf die Tonsille ausgebreitet hatte und carcinomatös degenerirt war. Die mikroskopische Untersuchung eines vom Vortr. entfernten Stückchens ergab Carcinom (Dr. Ucke). Pat. wandte sich an Prof. Pawlow, der ihm, nach vorhergehender Spaltung der Wange, die kranke Tonsille mit dem anliegenden gesunden Gewebe entfernte. Die Wunde verheilte bald und Pat. reiste in seine Heimath.

Fall 3. H. T. 40 a. n.

Ganz zufällig zeigte Pat. Vortr. im Jahre 1895 seine Zunge, die vollkommen weiss war. Lues geläugnet, Pat. hat stets stark geraucht. Die weisse Zunge besteht schon sicher 10 Jahre. Die ganze Zunge bis zu den Papillae circumv. ist zu einer weissen, die Schleimhaut total verändernden Schicht umgewandelt; die Zungenoberfläche glänzend und bläulichweiss. Der Zungenrand und die gesammte Schleimhaut der Mundhöhle normal. Da die Zunge dem Pat. keine Beschwerden verursachte, wollte er für dieselbe nichts thun. Vor einigen Wochen erfuhr Vortr. vom behandelnden Arzte, Pat. zeige verschiedene Hirnsymptome; er wurde lange antiluetisch behandelt, doch weder die Hirnsymptome noch die Zunge haben sich gebessert.

Die 3 übrigen Fälle betrafen Herren zwischen 30—40 Jahren; alle 3 waren starke Raucher und bei allen 3 handelte es sich um einen zufälligen Befund. Der eine hatte einige charakteristische Flecke auf der Zunge, die anderen beiden auf der Wangenschleimhaut. Einer dieser Pat. hatte sich luetisch inficirt; die antiluetische Behandlung hatte garkeinen Einfluss auf die Leukoplakie, die übrigens vor der luet. Infection bestanden hatte.

Die verschiedenen Namen, die diese Krankheit hat, hängen davon ab, ob dieselbe als Symptom einer Allgemeinerkrankung, oder als selbstständige Krankheit betrachtet wird.

Vortr. giebt einen kurzen historischen Ueberblick über die Leukoplakie, erwähnt die verschiedenen Ansichten über die Ursachen dieser Erkrankung und ihre Beziehungen zur Lues. Vortr. erinnert daran, dass bei seinen Pat. keine Anzeichen von Lues vorlagen, auch waren 2 von denselben mit Quecksilber behandelt worden, doch erfolglos. — Von den empfohlenen Mitteln hat Vortr. versucht: die Salicylsäure, den Perubalsam und die Chromsäure. Von diesen hat er blos von der Chromsäurelösung (1 : 2) einige Wirkung gesehen.

(Autoreferat).

Discussion:

Fremmert verweist auf seine im Jahrgang 1885 Nr. 1 der «St. Pet. med. Wochenschrift» enthaltene Arbeit über dasselbe Thema; er bestätigt, dass eine besondere Neigung zu Carcinom bei der Leukoplakie, wenigstens in frischen Fällen, nicht besteht. Von Fr.'s Patienten ist einer nach sehr langem Bestehen der Affection an einem Herzfehler gestorben, ohne an Carcinom zu erkranken; ein anderer ist, nachdem er das Rauchen aufgegeben, von der Leukoplakie geheilt, wie Lunin bestätigen kann.

Tiling hat den Eindruck gewonnen, dass es sich bei der Leukoplakie ursprünglich um eine Stomatitis handelt, hervorgerufen und unterhalten durch übermässiges Rauchen; manche Fälle bessern sich schon nach Einschränkung des Rauchens. Die Gefahr eines Ueberganges in Carcinom wird im Allgemeinen übertrieben, doch mögen die sich bildenden Ragaden immerhin einen günstigen Boden für ein Carcinom darbieten. T. hat in einem Falle zweimal wegen

Zungencarcinom operiren müssen: die Patientin (eine starke Raucherin!), bekam bei ausgesprochener Leukoplakie des ganzen Mundes — die ganze Schleimhaut war schneeweiss — ein Ulcus am linken Zungenrande (1898 Mai). T. operirte per os, entfernte die halbe Zunge und exstirpirte mehrere Drüsen; gute Heilung. Im Frühjahr 1900 neues Ulcus am Zungenrande rechts, also nicht als Recidiv des ersten anzusehen! Im Juni 1900 Exstirpation der Zunge (nach Langenbeck) mit Drüsen; schon nach 17 Tagen konnte Pat. sich als geheilt aufs Land begeben. Aber schon im Sommer trat ein Recidiv in den Drüsen auf, welches nicht weiter operirt wurde. Es handelte sich hier also um zweimaliges Auftreten von Carcinom an zwei verschiedenen Stellen der Zunge, was allerdings auf eine besondere Disposition der veränderten Schleimhaut zu Carcinom hinweist. Nachdem Pat. aus Anlass der Operation das Rauchen hatte aufgeben müssen, besserte sich übrigens das Aussehen der Schleimhaut sehr rasch. Viele Fälle von Leukoplakie lassen sich gewiss durch Rauchverbot heilen; zu vermeiden ist jede reizende Therapie.

Petersen macht auf die Aehnlichkeit der Leukoplakie mit dem Lichen ruber aufmerksam, der manchmal auch auf der Mundschleimhaut allein (an Wangen und Zunge) vorkommt; einen solchen Fall von Lichen ruber des Mundes hat P. in diesem Verein demonstrirt (Sitzung v. 19. Oct. 1898 St. Pet. med. Wochenschr. 1899 pg. 33); charakteristisch sind dabei die silberweissen erhabenen Streifen auf der Schleimhaut. Vielleicht ist auch der von Pospelow als «Psoriasis linguae» beschriebene Fall als Lichen ruber zu deuten, da echte Psoriasis auf Schleimhäuten nicht vorkommt.

2. Dobbert: Ueber die Häufigkeit des Vorkommens und die Diagnose der verschiedenen Formen frühzeitig unterbrochener Tubenschwangerschaft.

(Der Vortrag bildet einen Theil einer grösseren zum Druck bestimmten Arbeit). Das Material stammt aus der gynaekol. Abtheilung des städt. Peter-Paul-Hospitals und aus dem Alexandrastift für Frauen.

Director: W. Kernig.
Secretär: E. Blessig.

1302. Sitzung am 7. Mai 1901.

(Blessig giebt einen Nachtrag zu seinem in der Sitzung vom 15. Januar vorgestellten Fall von metastatischem Tumor Chorioideae. (s. das Protokoll der Januar-Sitzung).

1. Ucke demonstrirt Amoeben aus den Faeces eines von Kernig im September 1899 hier besprochenen und nunmehr zur Veröffentlichung in der St. Pet. med. Wochenschrift[1]) bestimmten Falles. Eosin-Salol-Färbung der Amoeben.

Discussion:

Kernig weist darauf hin, wie der Befund von Amoeben in den Faeces auch in der Hospitalpraxis immer häufiger wird, je mehr man bei Enteritis und Dysenterie danach sucht. Therapeutisch hat das von Danilewski empfohlene Ammonium muriaticum in Form von Darmspülungen in 1—2 pCt. Lösung auch K. gute Dienste erwiesen.

Fremmert erwähnt, dass Inosemzew das Ammon. muriat. bei Enteritis schon zu einer Zeit empfohlen und angewandt hat, als von Amoebenbefunden in den Faeces noch nichts bekannt war.

2. Wanach: Ueber Darmfisteln nach Appendicitis.

Vor 2 Jahren hat Mühsam dieses Thema in einer Specialarbeit behandelt. Unter 441 Fällen von Appendicitis, die im Krankenhause Moabit in Berlin behandelt wurden, kamen in 78 Fällen Darmfisteln zur Beobachtung; davon waren nur 3 spontan, die übrigen 75 nach operativen Eingriffen entstanden. W. hat unter den von ihm operirten Fällen 11 mal Fistelbildung beobachtet. — Die für Arzt und Patienten wichtigste Frage über die Gefährlichkeit dieser Complication lässt sich nur beantworten, wenn man die Fisteln nach ihrem Sitz, der Art ihrer Entstehung, und ihrer Zahl in verschiedene Gruppen theilt.

Am günstigsten, aber leider auch am seltensten, sind die Fälle, wo nach einfacher Incision eines durch Appendixperforation entstandenen Abscesses die zurückbleibende Fistel zur Oeffnung im Wurmfortsatz führt. Meist wird nur etwas Schleim und Eiter secernirt, selten einige Kothbröckel. Die Behandlung ist einfach und besteht natürlich in Resection des Appendix. W. hat nur einen solchen Fall gehabt. Mühsam zählt 25 solcher «einfacher» Fälle, davon wurden 15 spontan geheilt oder «erheblich gebessert», während 10 operirt werden mussten.

Häufiger haben die Fisteln ihren Sitz am Coecum, wenn bei totaler Gangrän des Wurmfortsatzes seine Insertion am Coecum ebenfalls in Mitleidenschaft gezogen wird. Es entsteht eine Kothfistel. Der Verlauf hängt von einer Reihe von Nebenumständen ab. Liegt die Fistel in einem abgekapselten Abscess, so beeinträchtigt sie weder die Wundheilung noch droht dem Kranken Inanition durch Säfteverlust und ungenügende Darmresorption. Die Fisteln haben eine grosse Tendenz zur Spontanheilung. Durch die tiefe Lage und die Fixation des Coecum wird gewöhnlich das Entstehen einer lippenförmigen Fistel (Verwachsung der Schleimhaut mit der äusseren Haut) verhindert, die relativ kleine Darmöffnung wird durch Granulationen geschlossen. Von W.'s 3 hierhergehörigen Fällen wurden 2 geheilt (darunter einer mit subphrenischem Abscess complicirt), der dritte starb an progredienter Peritonitis, welche aber nicht mit der Fistel als solcher in Zusammenhang stand.

Darmfisteln, welche weder im Appendix, noch an seiner Insertion sitzen, verdanken ihre Entstehung absichtlichen oder unbeabsichtigten operativen Verletzungen oder der Arrosion der Darmwand durch Eiter. W. hat nur einmal absichtlich eine Darmfistel angelegt, um dem Kranken, der schon eine diffuse Peritonitis hatte, eine dauernde Entleerung seines überfüllten Dünndarms zu sichern. Die Peritonitis heilte aus, und die persistirende Darmfistel wurde durch secundäre Resection der Darmschlinge (welche allerdings wegen der ausgedehnten Verwachsungen recht schwierig war) geheilt. Zufällige operative Darmverletzungen sind wiederholt beschrieben worden, werden sich wohl auch kaum immer vermeiden lassen, wenn es sich um alte Fälle mit Schwartenbildungen zwischen den Därmen und multiplen Eiterdepots handelt. Einmal schnitt W. bei Eröffnung eines Abscesses über dem linken Poupartschen Bande (Beckenperitonitis nach Appendicitis) eine in dicken Narbenmassen liegende Darmschlinge an. Die Fistel heilte spontan nach 3 Monaten. In einem anderen, recht complicirten Fall, den W. schon mit bestehenden multiplen Fisteln in Behandlung bekam, führte erst eine dreifache Darmresection (an 2 Dünndarmschlingen und dem Coecum) zur Heilung.

Am schlimmsten sind die Fisteln, welche nach Arrosion der Darmwand durch die Eiterung entstehen. Es handelt sich meist um durch lange Krankheit geschwächte Patienten, es besteht eine mehr oder weniger ausgedehnte Peritonitis, oder Verwachsungen können der Behandlung unüberwindliche Schwierigkeiten bereiten, wenn obendrein multiple Fistelbildung vorliegt. Von den 4 Fällen dieser Art heilten 2 spontan, einer starb an diffuser Peritonitis (ausserdem Lungentuberkulose!) und einer an Inanition, da eine ganze Reihe in der Tiefe der Bauchhöhle an verschiedenen Stellen gelegene, von Schwarten umgebene Dünndarmfisteln jedem Heilungsversuch trotzten.

W. glaubt das Resultat: 3 Todesfälle unter 11 Fisteln als nicht schlecht bezeichnen zu können, da einerseits nur ganz aussichtslose Fälle zu Grunde gingen, andererseits unter den Geheilten sich mehrere befinden, die ihre Rettung nur schwierigen und complicirten Eingriffen zu verdanken haben.

Mühsam's Zahlen sind folgende: von 49 Kothfisteln heilten spontan oder wurden «erheblich gebessert», 31 (62 pCt.), wenig gebessert 1, operirt 8, gestorben 12 (6 an Peritonitis, 3 an Tuberkulose, je einer an Nachblutung, Ileus, Erschöpfung). (Autoreferat).

Discussion.

Moritz erinnert sich einiger Fälle von Darmfisteln nach Appendixoperation bei gleichzeitig bestehender, resp. praeexistirender Peritoneal-Tuberculose.

Wanach: könnte es sich in solchen Fällen nicht auch um tuberkulöse Geschwüre auf der Schleimhaut des Appendix gehandelt haben?

Petersen hat bei Sectionen mehrfach bei allgemeiner Darmtuberculose auch tuberculöse Geschwüre im Appendix gefunden.

Schmitz: Bei Kindern sieht man nicht selten spontan durch Darmtuberculose entstehende Darmfisteln; diese localisiren sich aber immer am Nabel!

Moritz weist auf die Schwierigkeiten hin, welche sich gelegentlich für die Differentialdiagnose zwischen Appendicitis und typhöser Darmperforation ergeben können, wenn z. B. eine Appendicitis im Verlaufe eines Abdominaltyphus auftritt, wie M. solches in einem Falle gesehen.

Wanach: Vielleicht handelte es sich in diesem letzten Falle um eine typhöse Appendicitis, d. h. um Bildung und Perforation typhöser Geschwüre im Appendix.

Director: W. Kernig.
Secretär: E. Blessig.

Vermischtes.

— Dem Corpsarzt des 17. Armeecorps, Geheimrath Sarshezki ist der Weisse Adler-Orden verliehen worden.

[1]) Erschienen in Nr. 25—26 d. St. Pet. med. W. 1901.

— Dem älteren Arzt des Tschessmenschen Invalidenhauses Kaiser Nikolai I., Staatsrath Remesow und dem etatmässigen Specialisten der Heilanstalt Ihrer Kaiserlichen Hoheit der Grossfürstin Maria Alexandrowna Herzogin von Sachsen-Coburg und Gotha, Staatsrath Dr. Dembo — ist der St. Wladimir-Orden IV. Classe verliehen worden.

— Den etatmässigen Specialisten der soeben genannten Heilanstalt, Hofrath Dr. Shirmunski und Collegien-Assessor Dr. Felser — ist der St. Stanislaus-Orden II. Classe verliehen worden.

— Zum Corpsarzt des 13. Armeecorps ist der Consultant des Moskauer Militärhospitals, Staatsrath Dr. Dubelir ernannt worden.

— Der Privatdocent der Militär-Medicinischen Akademie, Staatsrath Dr. Dobrowolski ist zum älteren Arzt der Klinik für Geistes- und Nervenkranke bei der genannten Akademie ernannt worden.

— Collegienrath Dr. Bietsch, bisheriger Gehilfe des Estländischen Gouvernements - Medicinalinspectors, ist zum stellv. Medicinalinspector des Ssemipalatinsk-Gebiets ernannt worden.

— Der dim. Staatsrath Dr. Schlesinger ist als ausseretatmässiger älterer Medicinalbeamte beim Medicinaldepartement des Ministeriums des Innern in Dienst gestellt worden.

— Zum Director des Rigaer Stadt-Krankenhauses ist, wie Rigaer Blätter melden, an Stelle des zum Präses der Sanitäts - Commission berufenen Dr. R. Heerwagen der derzeitige Ordinator des genannten Krankenhauses (seit dem 1. Februar 1888) und Vice-Director der Anstalt (seit dem 1. Januar 1899) Dr. Karl Deubner vom Stadtamt gewählt worden.

— Der Arzt A. N. Nagibin ist zum stellv. Prosector beim Lehrstuhl der Anatomie der medicinischen Facultät der Neurussischen Universität in Odessa ernannt worden.

— Als Secretär der medicinischen Facultät der Warschauer Universität ist der ordentliche Professor Dr. N. Uschinski bestätigt worden.

— Der Brigadearzt der 50. Reserve-Infanteriebrigade Staatsrath Bleisch ist seiner Bitte gemäss verabschiedet worden.

— Der Moskauer deutsche Arzt Dr. J. Wellberg ist als Consulararzt des österreichisch-ungarischen Generalconsulates in Moskau amtlich bestellt worden.

— Der Tübinger Professor Dr. v. Bruns ist von der Russischen Chirurgischen Pirogow-Gesellschaft zum Ehrenmitgliede erwählt worden.

— Das neugeschaffene Extraordinat für innere Medicin an der Breslauer Universität ist dem ausserordentlichen Professor in der medicinischen Facultät Dr. Richard Stern übertragen worden, mit der Ausübung der Functionen eines Directors der zu errichtenden selbständigen medicinischen Poliklinik.

— Der stellv. Oberarzt des Mjassnizki Hospitals in Moskau Dr. S. E. Molodenkow beging am 10. November das Jubiläum seiner 25-jährigen ärztlichen Thätigkeit.

— Am 11. November feierte in Odessa Dr. I. I. Margolin das Jubiläum seiner 25-jährigen ärztlichen Thätigkeit.

— Ein schönes Grabdenkmal haben die in Russland lebenden ehemaligen Schüler des in Rostock am 7. April 1898 verstorbenen Professors Dr. Georg Dragendorff ihrem Universitätslehrer gesetzt. Die Anlage und Ausführung des Denkmals ist folgende: Am Kopfende erhebt sich der über 4 Meter hohe polirte Obelisk aus schwarzem schwedischem Granit, das Mittelstück trägt einen in dunkler Bronce getriebenen Lorbeerkranz mit der Inschrift «Dorpat 1864—94, weiter unten die Widmung:

Professor Dr. G. Dragendorff
geb. 20. April 1836, gest. 7. April 1898
seine dankbaren Schüler in Russland.

An Spenden für das Grabdenkmal (nebst Zinsen) waren 2,790 Rbl. 28 Kop. eingegangen. Das Geld ist bis auf 420 Rbl. 8 Kop. für das Denkmal verausgabt worden.

Am 17. November vollenden sich 200 Jahre seit dem Tage, an welchem dem ersten europäisch gebildeten russischen Arzt die Ausübung der Praxis in Russland gestattet wurde. Es war Nikolai Wassiljewitsch Possnikow, Sohn des Diakons Possnikow, welcher als Gesandter in England, Holland und Brandenburg fungirte. Der junge Possnikow, welcher eine für damalige Zeiten ausgezeichnete Erziehung genossen hatte, wurde bei seinen Studien im Auslande von Kaiser Peter I. unterstützt. Er bezog die Universität Padua, wo er so grosse Fortschritte in der Medicin machte, dass er im Jahre 1696 einstimmig von den Professoren zum Doctor der Philosophie und Medicin promovirt wurde. Das Doctordiplom Possnikow's existirt noch eben. Im Jahre 1697 wurde der jüngste sprachkundige Doctor der Gesandtschaft Lefort's und Golowin's attachirt. Zu Beginn des Jahres 1701 kehrte Possnikow nach Russland zurück und erst am 17. November 1701 gelang es ihm nach vielen Bemühungen endlich eine Arztstelle mit dem Recht zu practiciren zu erlangen. Als seine erfolgreiche ärztliche Thätigkeit ihm zu einer ausgebreiteten Praxis verholfen hatte, ereilte ihn am 24. Februar 1705 der Tod.

— Verstorben: 1) Am 8. November in St. Petersburg einer der ältesten Ordinatoren des Kalinkin-Hospitals Dr. David Bogdanowitsch Flittner im Alter von 59 Jahren. Der Verstorbene hat dem Hospital ca. 35 Jahre seiner ärztlichen Thätigkeit gewidmet. Flittner bekleidete ferner den Ehrenposten eines Vice-Präsidenten des Aerzteconseils der Maximilian-Heilanstalt und war Director des Kinderasyls Generallieutenants Baron Freedericks und überdies Arzt auf einigen Fabriken des Narwaschen Rayons. 2) In Marseille Dr. A. Villard, Professor der medicinischen Klinik an der medicinischen Schule. 3) In Cordoba (Mexiko) im Alter von 74 Jahren Dr. Friedrich Semeleder, ein in der Schule des verstorbenen Dumreicher ausgebildeter Chirurg, der seiner Zeit bei dem unglücklichen Kaiser Maximilian als Leibarzt fungirt hatte. Semeleder ist auch als medicinischer Schriftsteller mehrfach hervorgetreten.

— Das Ophthalmologische Institut in Warschau feiert im laufenden Jahre sein 75-jähriges Bestehen. Das von dem Fürsten Lubomirski gegründete Institut verfügt gegenwärtig über fünfzig Betten, bei dem Institut befindet sich auch die Augenklinik der Universität.

— Ein medico-mechanisches Institut und Röntgen-Cabinet hat Dr. R. v. Sengbusch in Riga an der Ritterstrasse eröffnet. Dr. v. Sengbusch war speciell ins Ausland gereist, um sich dort an Ort und Stelle mit den Einrichtungen dieser Institute und Cabinete vertraut zu machen.

— Die medicinische Facultät der Tomsker Universität zählte nach dem auf dem Festactus am 22. October d. J. verlesenen Rechenschaftsbericht für das Jahr 1900 327 Studenten (davon 69 Gymnasialabsolventen und 258 ehemalige Zöglinge geistlicher Seminarien) und vier Pharmaceuten. Den Cursus der medicinischen Facultät absolvirten im Berichtsjahre 25 Studenten, von denen 24 in der medicinischen Prüfungscommission das Arztexamen bestanden (fünf mit Auszeichnung). Im Ganzen haben sich seit dem Jahre 1893, in welchem Jahre die erste Entlassung von Aerzten stattfand, bis zum 1. Januar 1901 bei der Tomsker Universität dem Examen in der medicinischen Prüfungscommission unterzogen und den Grad eines Arztes erhalten 322 Personen (mit Auszeichnung 89). Von dieser Zahl waren Gymnasialabsolventen 98 (mit Auszeichnung 14) und ehemalige Zöglinge geistlicher Seminarien — 224 (mit Auszeichnung 75). — Im Spätherbst des laufenden Jahres haben das Staatsexamen bei der medicinischen Prüfungscommission von 59 Examinanden 56 mit dem Arztgrade bestanden. — Die Gesammtzahl der Studirenden der Tomsker Universität beträg 549.

— Prof. Lang wird in Verbindung mit mehreren anderen Aerzten und Menschenfreunden nach dem Vorbilde des Finsen'schen Institutes in Kopenhagen auch in Wien ein Institut für Lichttherapie errichten. In erster Linie sollen hier Lupöse behandelt werden. Das Institut soll nach seiner Fertigstellung der staatlichen Oberleitung gewissermassen als Stiftung übergeben werden. Unter den Stiftern befindet sich der Kaiser von Oesterreich, welcher dem Institut 10000 Kronen gespendet hat.

— Pestnachrichten. Da in Odessa am 11. Nov. seit dem Tode des zweiten Pestkranken 16 Tage verflossen waren und weitere Pesterkrankungen nicht constatirt worden sind, hat die Allerhöchst eingesetzte Commission zur Verhütung der Pest eine Reihe von Sanitätsmassregeln für Odessa wieder aufgehoben, wie das Verbot des Exports gewisser Waaren, Besichtigung der abgehenden Fahrzeuge und der abreisenden Passagiere und das Verbot des Durchmarsches von Truppencommandos. Die Cabotagefahrzeuge werden nach wie vor ärztlich beaufsichtigt und müssen Schiffsärzte haben.

— Der Tod eines am 24. October aus Odessa nach Nikolajew gebrachten Arrestanten Namens Maljewin, der anfangs Verdacht auf Pest einflösste, erfolgte infolge eines Geschwürs am Oberarm, welches Blutvergiftung hervorgerufen hatte, wie dies durch die vom Gehilfen des Leiters der bakteriologischen Station Dr. Skrshiwan vorgenommene Untersuchung festgestellt wurde. — In Batum wurde im Stadthospital ein Pestfall constatirt. Der Kranke ist auf dem Wege der Besserung. Alle erforderlichen Vorsichtsmassregeln sind ergriffen worden.

In Indien starben vom 15. September bis zum 12. Oct. — 32,264 Personen an der Pest; in China vom 13.—27. October

— 18 Personen; in Egypten vom 16.—31. October 4 Personen. In Australien, in Neu-Caledonien gab es seit dem 25. September keine neuen Erkrankungen. Auf Mauritius gestorben vom 31. August bis zum 27. Sept. 123 Personen an der Pest; in der Türkei — eine Person am Marmara-Meer. — In England gab es weder in Liverpool noch in Glasgow neue Erhrankungen. In Brasilien hat die Pestepidemie in Rio-Janeiro keinen ernsten Charakter. Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 3. Nov. d. J. 8948 (91 mehr als in d. Vorw.), darunter 857 Typhus — (29 wen.), 916 Syphilis — (5 mehr), 398 Scharlach — (21 mehr), 178 Diphtherie — (7 wen.), 77 Masern — (3 mehr) und 8 Pockenkranke — (5 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 28. October bis 3. November 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
349	255	604	96	38	132	17	14	33	48	57	46	52	36	28	5	2

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 22, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 21, Scharlach 24, Diphtherie 30, Croup 4, Keuchhusten 5, Croupöse Lungenentzündung 24, Erysipelas 2, Grippe 5, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 14, Tuberculose der Lungen 52, Tuberculose anderer Organe 14, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 36, Marasmus senilis 25, Krankheiten der Verdauungsorgane 55, Todtgeborene 26.

✦ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 27. Nov. 1901.

Tagesordnung: Fick: Die chirurgische Behandlung des Ulcus ventriculi.

Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

✦ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 19. November 1901.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Ольга Свѣтлова, Сеогiевск. д. 17, кв. 19
Frau L. A. Bogoslawskaja, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.

Довв. ценз. Спб., 17 Ноября 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 47 St. Petersburg, 24. November (7. December) 1901

Ein Fall von partieller Labyrinthtaubheit in Folge von Trauma.

Von

Dr. Erwin Jürgens.

Warschau.

Zu den unzweifelhaft heutigen Tages noch am schwersten zu diagnosticirenden Erkrankungsformen gehören die Erkrankungen des Labyrinthes und unter ihnen namentlich die, welche speciell die Function des hier stationirten schallempfindlichen Endapparates des Gehörnerven, das Cortische Organ, betreffen, in sofern sie dessen Function aufheben. Ich möchte bei nachstehender Besprechung meines Falles hiermit auch auf den hohen Werth der Bezold'schen Tonreihe hinweisen, die uns wohl bis jetzt allein in den Stand versetzt in gewissen Fällen nicht nur die Krankheit als Labyrintherkrankung zu diagnosticiren, sondern auch noch in dem so kleinen Apparate, wie es die Schnecke ist, geradezu Punct für Punct fortschreitend die Stellen zu bezeichnen, an denen der Sitz des Uebels liegt. Wie bekannt, ist die Bezold'sche, von Edelmann (Professor für Präcisionsmechanik in München) hergestellte Tonreihe aus Stimmgabeln, Orgelpfeifen und der Galtonpfeife bestehend, eine vollkommene, d. h. sie enthält alle Töne, die das menschliche Gehör im Stande ist zu vernehmen und ist dank ihrer Handlichkeit und Vollkommenheit auch in technischer Hinsicht wohl die Tonreihe, die am meisten geeignet erscheint, uns vor Irrthümern und Fehlerquellen zu schützen.

Am 25. September 1901 wurde in die chirurgische Abtheilung des Kriegshospitals zu Warschau der Orenburgsche Kosak M. S. eingeliefert, dessen kurze Krankengeschichte folgendes ergab:

Der Patient war von seinem Pferde mit dem Hufe auf das linke Ohr geschlagen worden, hatte gleich die Besinnung verloren und giebt an, dass aus dem Ohr Blut geflossen sei. Im Kriegshospitale wurde am 26. September folgendes festgestellt:

Die linke Ohrmuschel zeigt 2 Wunden, von denen die eine auf dem Tragus, die andere auf dem Antitragus liegt. Die erste Wunde auf dem Tragus zeigt unregelmässige, gefranste Ränder, die Wunde ist im Ganzen $2^1/_2$ cm. lang und dringt 2 cm. in den äusseren Gehörgang, dessen hintere Wandung durchtrennend, ein. Die Wunde auf dem Antitragus ist 2 cm. lang. Da der Kranke Verlust des Gehörs auf dem getroffenen Ohre angab, wurde er am 27. September in der Ohrenabtheilung untersucht, wobei die Otoscopie eine starke Hyperämie des linken Trommelfells ergab. Einrisse im Trommelfell oder Exsudat in der Paukenhöhle waren nicht oder nicht mehr zu diagnosticiren. Am 15. October nach Ausheilung der Wunden auf dem Tragus und Antitragus wurde der Kranke seiner noch fortdauernden Gehörstörung wegen ganz in die Ohrenabtheilung übergeführt und kam hier in meine Behandlung. Die Otoscopie ergab auf dem Trommelfell etwa in seiner Mitte dicht unter dem Hammergriff eine kleine Borke, darunter ein glanzloses scheinbar aufgelockertes Trommelfell ohne Reflexe. Der äussere Gehörgang war durch, an seinem Introitus externus vorhandene, Schrumpfung stark verengt.

Prüfung mit Stimmgabeln.

Wie die mit der Bezold'schen Tonreihe ausgeführte Untersuchung in nachstehender Tabelle ergiebt, fehlen die Töne von h^2 ab und tiefer vollständig, ebenso vom 5. Theilstrich des Edelmann'schen Galtonpfeifchens nach aufwärts zur oberen Hörgrenze; die zwischenliegenden Töne, c^3 bis zum 5. Theilstrich des Galtonpfeifchens werden vom linken Ohr gehört, doch nur momentan, dabei die zur Mitte des vorhandenen Restes hin noch etwas länger dauernd; nur wenige über 1 Secunde.

Beim Weber'schen Versuche, der mit mehreren Gabeln (darunter C,c und c^1) gemacht wurde, wurden alle Töne nach dem gesunden rechten Ohre lateralisirt, so auch beim Rinne'schen Versuche, vom Warzenfortsatze des linken kranken Ohres nach dem gesunden Ohre, wobei der Rinne'sche Versuch absolut positiv war, insofern freilich ja überhaupt nur von einer momentan andauernden Klangempfindung und auch nur einiger Töne (c^3 bis zum 5. Theilstrich der Galtonpfeife) durch die Luftleitung hier die Rede sein kann. Die mehrfach wiederholte Untersuchung ergab immer dasselbe Resultat, auch mit geschlossenen Augen gab der Soldat immer nur dieselben wenigen Töne als wirklich gehört an, ohne sich im geringsten zu verwirren, so dass Simulation ausgeschlossen erscheint.

Von anderen auch bei Labyrintherkrankungen vorkommenden, den allgemeinen Hirnsymptomen gleichenden Erscheinungen wurden weder Kopfschmerz, Erbrechen, Störungen des Spieles der Pupillen, Schwindelerscheinungen u. s. w., noch subjective Geräusche nach dem Verluste des Bewusstseins gleich bei der Erkrankung beobachtet. Die Untersuchung des Augenhintergrundes ergab das Bild der Anämie, der

Augenhintergrund war blass, die Arterien der Retina contrahirt bei fast normalem Füllungsgrade der Venen. Der Augenspecialist, Herr Dr. Surow, der die von mir ausgeführte Untersuchung des Augenhintergrundes auf meine Bitte controllirte, meinte die Contraction der Arterien auf Reizung des vasomotorischen Apparates dieser Gefässe in Folge des Schlages zurückführen zu dürfen.

Ich füge noch hinzu, dass das rechte Ohr sich völlig normal verhielt.

Vergleichen wir nun die Resultate der Hörprüfung mit der Theorie der Hörempfindung im Cortischen Organe nach Helmholtz, die trotz der häufigen Angriffe bis in die jüngste Zeit, ja noch immer zu Recht besteht und nehmen mit ihm als Empfindungsstelle der tiefen Töne das Cortische Organ in der Spitze der Schnecke an, für die hohen jedoch die Partien mehr zur Basis hin, so ist ersichtlich, dass der Erkrankungsherd in unserem Falle in der Schnecke liegen muss und zwar im obersten Theile derselben, etwa von der Spitze bis zur ersten Windung der Schnecke; dann beginnt ihr unverletzter Theil, ohne jedoch bis zum Beginn der ersten Windung zu reichen, denn es fehlen wiederum die 5 obersten Töne, die hier ihren Platz haben müssten. Augenscheinlich handelt es sich in unserem Falle um Läsion der Schnecke, speciell des Cortischen Organs durch Blutextravasate in dasselbe und zwar im obersten Theil und ersten Anfang des Cortischen Organs; auf Commotion dürfte vielleicht die starke Abschwächung der Tonempfindung in der Mittellage zurückzuführen sein.

Aus dem Angeführten ist ersichtlich wie genau eine Localisation des Krankheitsherdes durch die beschriebene Untersuchungsmethode ermöglicht wurde, es wurde 1) die Meinung des Kranken und seiner Umgebung, er sei auf dem linken Ohre völlig ertaubt als nicht zutreffend erkannt, 2) eine Erkrankung des Mittelohrs ausgeschlossen; die vom Kranken angeführte Blutung aus dem Ohre stammte wohl vom Einrisse der Auskleidung des Gehörganges, obwohl eine zeitweilige Läsion im Mittelohre möglich war, 3) wurde festgestellt, dass die Functionsfähigkeit des obersten und untersten Theiles des Cortischen Organs vernichtet war und ein Theil der Mittellage stark gelitten hatte, aber nicht völlig functionsunfähig war.

Galton-Pfeifchen.	1		O
	2		O
	3		O
	4		O
	5		O
	6		×
	7		×
	8		×
	9		×
	10		×
	11		×
	12		×
Fünfgestr. Octave.	f'''''		×
	e'''''		×
			×
	d'''''		×
			×
	e'''''		×
Viergestr. Octave.	h''''		×
			×
	a''''		×
			×
	g''''		×
			×
	f''''		×
	e''''		×
			×
	d''''		×
			×
	c''''		×
Dreigestr. Octave.	h'''		×
			×
	a'''		×
			×
	g'''		×
			×
	f'''		×
	e'''		×
			×
	d'''		×
			×
	c'''		×
Zweigestr. Octave.	h''		O
			O
	a''		O
		O	
	g''	O	
		O	
	f''	O	
	e''	O	
		O	
	d''	O	
		O	
	c''	O	
Eingestr. Octave.	h'	O	
		O	
	a'	O	
		O	
	g'	O	
		O	
	f'	O	
	e'	O	
		O	
	d'	O	
		O	
	c'	O	
Kleine Octave.	h	O	
		O	
	a	O	
		O	
	g	O	
		O	
	f	O	
	e	O	
		O	
	d	O	
		O	
	c	O	
Grosse Octave.	H	O	
		O	
	A	O	
		O	
	G	O	
		O	
	F	O	
	E	O	
		O	
	D	O	
		O	
	C	O	
Contra Octave.	H,	O	
		O	
	A,	O	
		O	
	G,	O	
		O	
	F,	O	
	E,	O	
		O	
	D,	O	
		O	
	C,	O	
Subcontra Octave.	30	O	
	28	O	
	26	O	
	24	O	
	22	O	
	20	O	
	18	O	
	16	O	

Erklärung der Tabelle.

Die Kreuzchen zeigen die gehörten, die Nullen die nicht gehörten Töne an.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

W. Ebstein und J. Schwalbe. Handbuch der praktischen Medicin in fünf Bänden. Heft 25—31 (Schluss). Verlag von Ferdinand Enke in Stuttgart. 1901.

Die Schlusshefte dieses schon mehrfach besprochenen Handbuches enthalten die Krankheiten der Haut von Prof. Neisser und Prof. Jadassohn, die Krankheiten der Muskeln, Knochen und Gelenke von Prof. Damsch, Diabetes, Gicht und Fettleibigkeit von Prof. Ebstein, die Zoonosen von Prof. Nicolaier und die Masern, Pocken, den Scharlach, die Dengue und Schweisskrankheiten von Proff. Dehio, Wassermann und Brieger. — Uebersieht man nun noch einmal das ganze, neuentstandene Werk, so gewinnt man das sichere Gefühl, dass unsere medicinische Literatur um ein sehr vollständiges und doch nicht zu weitschweifiges Handbuch reicher geworden und dem practischen Arzte ein vortrefflicher Rathgeber in die Hand gegeben worden ist, der ihn nöthigenfalls nicht im Stich lassen wird. Freilich bei solchen Mitarbeitern, bei solcher Redaction und bei solchem Verleger war es ja auch nicht anders zu erwarten.

K—r.

Kleinere Mittheilungen und therapeutische Notizen.

— Ueber das Purgatin, welches bereits von C. A. Ewald und von E. Stadelmann klinisch geprüft worden ist, verbreitet sich Geh. Med.-Rath Dr. Ebstein in seinem neuesten Werke «Die chronische Stuhlverstopfung» (Verlag von Ferd. Enke, Stuttgart)

Ebstein hat immer solche Laxantien für die Therapie der chronischen Obstipation gewählt, welche eine unangenehme Nebenwirkung nicht haben, und bei Dosen beharrt, die auch bei längerem Gebrauche keinerlei heftige Reizerscheinungen veranlassen. Als ein solches Mittel erscheint ihm das Purgatin (Knoll). «Der wesentliche Vorzug dieser Substanz vor den meisten anderen Abführmitteln ist, dass ihr Gebrauch den Patienten keinerlei Beschwerden macht». Verfasser hat das Mittel vielfach in der medicinischen Universitätsklinik sowie in seiner Privatklinik erprobt. Zur Verwendung gelangten fast ausnahmslos Dosen von 2,0. «Damit sind fast stets befriedigende, mehrfach ausserordentlich reichliche, immer breiige Stuhlausleerungen erzielt worden». «Während bekanntlich die sonst gebräuchlichen Laxantien sehr schlecht schmecken, ist das Mittel geschmacklos und bequem zu nehmen. Ich habe das Mittel nur bei sehr schweren und hartnäckigen Koprostasen benutzt und die Misserfolge beziehen sich gerade auf sehr schlimme derartige Fälle». Da das in den Harn übergehende Purgatin denselben roth färbt — die Harnorgane erfahren dabei keinerlei Reizungen, — so hat Ebstein diesen Umstand, freilich nur von Damen, bemängeln hören. Nichtsdestoweniger hält er das Purgatin für eine Bereicherung des Arzneischatzes.

Mittheilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 21. März 1901.

1. Im Anschluss an die Protokollverlesung der vorigen Sitzung ergänzt Dr. Deubner seine Bemerkungen über Inhalationstuberculose folgendermassen: es sei experimentell erwiesen, dass Tuberkelbacillen, eingeathmet, die intacte Schleimhaut passiren und sich im Lungenparenchym ansiedeln können; das sei auch eine Inhalationstuberculose, doch habe Redner nicht diesen Vorgang im Auge gehabt, als er auf der vorigen Sitzung von «Inhalationstuberculose» sprach, sondern den andern, ebenfalls sicher constatirten, dass die eingeathmeten Tuberkelbacillen sofort in der Schleimhaut der luftführenden Wege Knötchen produciren und aus diesen, ohne dass tiefgreifende Destruction vorzuliegen brauche, wieder nach aussen gelangen.

2. Dr. L. Bornhaupt (als Gast) berichtet über einen Fall von Darmnekrose (erscheint im Druck).

Dr. Hampeln: In den ausserordentlich seltenen Fällen von Thrombose der Mesenterialgefässe mit gleichzeitiger hämorrhagischer Entzündung der Darmschleimhaut, wie sie in letzter Zeit namentlich von französischen Autoren beschrieben seien, sei es bisher noch nicht festgestellt, welcher von den beiden erwähnten Vorgängen der primäre, welcher der secundäre sei. Redner selbst hat 2 Fälle beobachtet, in welchen eine Diagnose möglich war. Die Erscheinungen stimmten im Allgemeinen mit den von Dr. Bornhaupt beobachteten überein. In beiden Fällen handelte es sich um jugendliche Personen, welche ohne nachweisbare Ursache plötzlich unter den Erscheinungen der Occlusion erkrankten, nur dass die Auftreibung des Leibes fehlte. In dem einen der beiden Fälle waren den acuten Erscheinungen eine Zeit lang unbestimmte Symptome vorausgegangen.

Die in einem Fall vorgenommene Untersuchung der Mesenterialvenen, ergab Thrombosirung derselben.

Redner wirft die Frage auf, ob es sich in diesen Fällen nicht um Anthrax handeln könne, ebenso wie es einen Anthrax der Haut ohne Carbunkel, nur in einem Oedem sich manifestirend, gebe, so könne es vielleicht auch im Darm zu analogen Aeusserungen der Milzbrandinfection kommen. Bakteriologische Untersuchungen fehlen hierüber und in Ermangelung anderer Ursachen sei es berechtigt, an diese Möglichkeit zu denken.

Dr. v. Bergmann meint, im concreten Fall Anthrax, überhaupt eine primäre Schleimhauterkrankung, ausschliessen zu können. Abgesehen vom Nichtvorhandensein der Strangfurche, gleiche nämlich das pathologisch-anatomische Bild im vorliegenden Fall vollständig denjenigen Formen der Occlusion, welche auch das Mesenterium von vornherein in Mitleidenschaft ziehen, während diejenigen Occlusionen, die nur das Darmrohr betreffen, ein ganz anderes Bild darbieten. Hieraus ziehe Redner den Schluss, dass im vorliegenden Fall die Gefässerkrankung das Primäre und die Schleimhautaffection eine Folgeerscheinung derselben sein müsse.

Die Annahme einer incarcerirt gewesenen und von selbst wieder gelösten Hernie müsse man zurückweisen, da von derartigen Vorkommnissen in der Literatur nichts bekannt sei.

Dr. Schabert fragt, ob nicht vielleicht die Möglichkeit vorliege, dass infolge der Palpation des Abdomens eine etwa incarcerirt gewesene Hernie sich gelöst habe.

Dr. v. Bergmann: Solange die Darmwand noch unverändert, sei diese Möglichkeit nicht ganz ausgeschlossen, bei so hochgradigen Veränderungen aber, wie sie der vorliegende Fall biete, sei daran nicht zu denken. —

Dr. Hampeln spricht sich gegenüber Dr. v. Bergmann dahin aus, dass nur die bakteriologische Untersuchung darüber Aufschluss geben könne, ob Anthrax vorliege oder nicht; das Umschriebensein der Schleimhauterkrankung spreche nicht dagegen, die Phlebitis könne eine secundäre sein. —

Dr. Krannhals erkundigt sich bei Dr. Schabert nach dem Aussehen der thrombotischen Gefässe; es lasse sich nämlich nach seinen Erfahrungen oft durch den Augenschein entscheiden, ob die Gefässthrombosen primäre oder secundäre seien. Bei der Dysenterie z. B., wo sich zuweilen im Anschluss an die Schleimhauterkrankung Gefässthrombosen einstellen, seien innerhalb des ödematös geschwellten Mesenterialgewebes die Gefässe meist nur mit Mühe aufzufinden, während dieselben bei primären Thrombosen ohne weitere Präparation als blaue Wülste durchschimmerten.

Dr. Schabert: An den Mesenterialvenen waren ausser dem einen als schrotkorngross bezeichneten Coagulum keine Veränderungen wahrzunehmen; Oedem fehlte. Die geringfügige Thrombosirung der kleinen Mesenterialvene halte er für secundär.

Dr. v. Bergmann: Das Bild, das man bei der Autopsie hatte, war durchaus dasjenige mancher Occlusionen, nur fehlte jede Andeutung einer Strangfurche.

Dr. Schabert giebt an, bei einer Section noch nie eine Strangfurche gesehen zu haben.

Dr. v. Bergmann: bei der Operation könne man sie vorausgesetzt, dass die Bedingungen zu ihrem Zustandekommen gegeben waren, immer sehen: der pathologische Anatom, bekomme sie deshalb meist nicht zu Gesicht, weil sie vom Chirurgen resecirt worden sei, da der Darm in ihrer Umgebung immer mehr weniger hochgradige Veränderungen zeige.

Dr. Krannhals erkundigt sich, ob denn von einer wirklichen Furche die Rede sein könne, die nach beiden Seiten von einer Erhebung begrenzt werde.

Dr. v. Bergmann: Auf der Serosaseite lasse sich eine wirkliche Furche wahrnehmen.

Dr. Bornhaupt: Die Strangfurche werde von König und Benno Schmidt als anämische, verdünnte Stelle beschrieben.

Dr Krannhals: an der Leiche präsentire sich diese Stelle als blosse Linie.

3. Dr. Mey hält seinen angekündigten Vortrag «Ueber constitutionelle Albuminurie».

Vortragender weist darauf hin, dass die cyklische Albuminurie, nach den bisherigen Erfahrungen, eine günstige Prognose bietet, aber nur unter der Bedingung, dass durch consequent durchgeführte ärztliche Untersuchungen eine Parenchymerkrankung ausgeschlossen und das Lebensregime des Trägers der Anomalie eine zweckentsprechende sei, denn es kommen häufiger als man im Allgemeinen anzunehmen geneigt ist, auch wirkliche degenerative Nierenleiden, die einen chronischen Verlauf zeigen, im Kindesalter vor, welche eine viel ernstere Prognose geben.

Vortragender betont, dass sich die Therapie bei den chronischen Nierenerkrankungen im frühen Leben nicht nur die Aufgabe zu stellen hat, alle Schädlichkeiten fern zu halten, sondern man muss auch bestrebt sein das Organ durch systematische Uebung zu stärken. Dieses dürfte erreicht werden durch eine kräftige Ernährung mit gemischter Kost, durch zweckmässige Bewegung im Freien und eventuell durch eine Karlsbadercur, also durch eine allgemeine Anregung der Zellen zur Lebensthätigkeit.

Für das Zustandekommen der fraglichen Albuminurie hält Vortragender die Anwesenheit eines Reizes für nothwendig, ferner müsse eine besondere Anlage der Nieren zu dieser Erkrankung angenommen werden, die hauptsächlich an den wachsenden Organismus geknüpft ist. Vortragender schliesst sich dem Vorschlage Martius an, der cyklischen Albuminurie die Bezeichnung «constitutionell» beizulegen.

(Autoref.)

Dr. Schabert: Die Frage, ob es eine constitutionelle Albuminurie, beruhend auf einer Schwäche der Parenchymzellen, wirklich gebe, sei eine offene, da es nicht möglich sei, nephritische Zustände leichtester Art bei den in Rede stehenden Fällen auszuschliessen. Meist seien Infectionskrankheiten vorausgegangen, die den Reiz zur Entstehung der Nephritis abgegeben haben könnten.

Redner selbst habe 2 den Heubner'schen analoge Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt; im einen Fall war Schar-

Jach vorausgegangen, Albumin war nur in Spuren vorhanden; im zweiten Fall war der Albumingehalt etwas stärker; Formelemente fehlten.

In dem einen dieser Fälle habe Redner constatiren können, dass die Diät ganz ohne Einfluss auf die Eiweissausscheidung gewesen sei, dagegen sei die letztere durch Bewegung und durch die Menstruation verstärkt worden. Der ungünstige Einfluss der Bewegung sei auch schon in der Armee wiederholt constatirt, dagegen seien bisher über den Einfluss der Menstruation keine Erfahrungen publicirt worden.

Dr. Mey will nicht in Abrede stellen, dass es zur Erzeugung der Albuminurie in jedem Fall eines Reizes bedürfe, er sei aber oft so geringfügiger Natur, dass er allein zur Erklärung des Zustandekommens der Eiweissausscheidung nicht genüge und man zur Annahme einer Schwäche der Nieren gedrängt werde, weil bei anderen Menschen nicht ein Mal viel stärkere Reize im Stande seien, Albuminurie hervorzurufen.

Redner erinnert an die Fälle von leichtestem, oft gar nicht einmal als solchem diagnosticirten Scharlach, wo trotz der geringfügigen Infection schwere Nephritis, selbst mit ungünstigem Ausgang, folgen könne. In solchen Fällen komme man ohne die Annahme einer constitutionellen Schwäche des Organs, die zum Theil wohl in der Jugend der betreffenden Individuen begründet sei, nicht aus.

Dr. Woloschinsky spricht sich gegen diese Argumentation aus. Redner habe Gelegenheit gehabt, auf dem Lande eine Scharlachepidemie zu beobachten, in welcher 30--40 pCt. aller Erkrankten und zwar die leichten Fälle ebenso oft wie die schweren, Nephritis bekamen, während es bekanntermassen andere schwerere Epidemien gebe, wo der Procentsatz an Nierenerkrankungen sehr viel geringer sei. Bei der grossen Zahl von Nephritiden in der erwähnten Epidemie sei es nicht angängig, an eine im Individuum liegende Ursache zu denken; man sei vielmehr gezwungen, eine Eigenartigkeit der Epidemie anzunehmen, darin bestehend, dass mit Vorliebe die Nieren befallen würden.

Ebenso sei es bekannt, dass es Scharlachepidemien gebe, in welchen Complicationen von Seiten des Halses in unverhältnissmässig grosser Anzahl vorhanden seien.

Dr. O. Klemm schliesst sich den Ausführungen Dr. Woloschinsky's an und weist auf analoge Erscheinungen bei der Influenza hin, die das eine Mal mit Vorliebe Complicationen von Seiten des Ohres schaffe, in einer anderen Epidemie solche des Darmes. Redner erwähnt einen Fall von cyklischer Albuminurie seiner Beobachtung; es handelte sich um einen schwachen, anämischen jungen Menschen, welcher jeden Morgen Eiweiss im Urin hatte und dasselbe erst gänzlich verlor nachdem er, auf Verordnung von Prof. Gerhardt, angefangen hatte, reichlich Fleisch und Eier zu geniessen und zu reiten.

Dr. Stender: Prof. Gerhardt habe sich hier offenbar von dem auch sonst von ihm in ähnlichen Fällen befolgten Grundsatz leiten lassen, durch Kräftigung des Gesammtorganismus auf das erkrankte Organ einzuwirken.

d. Z. Secretär: Dr. A. Bertels.

Sitzung vom 4. April 1901.

1. Dr. Ruth (als Gast) hält seinen angekündigten Vortrag: «Ueber Symphysenruptur» (erscheint im Druck).

Dr. Hach: Die Fälle von Symphysenruptur seien jedenfalls ungemein viel häufiger, als man nach den spärlichen Veröffentlichungen glauben könnte. Redner wisse z. B. von einem Falle aus Dorpat, welcher ebenfalls nicht publicirt worden sei. Aus seiner eigenen Praxis könne er über einen Fall berichten, wo zwar keine eigentliche Ruptur, sondern nur eine leichte Diastase vorlag. Redner hatte an einen schon in der Schamspalte sichtbaren Kopf wegen totaler Wehenschwäche die Zange angelegt. In den nächsten Tagen waren leichte Blasenbeschwerden vorhanden, keine Schmerzen; die letzteren stellten sich erst ein, als Patientin anfing umherzugehen. Bei der Untersuchung ergab es sich, dass man mit dem Finger in eine Furche zwischen den beiden Schambeinen hineingelangen konnte.

Dr. Ruth: Es sei leicht möglich, dass in dem eben referirten Fall die Ruptur nicht die Folge der Zangenextraction gewesen, sondern schon vorher während des spontanen Durchtrittes des Kopfes durch das kleine Becken zu Stande gekommen sei. Unter den 98 in der Literatur bekannten Fällen von Ruptur fallen 28 auf spontane Geburten. Redner habe soeben bei einer Wöchnerin im Stadtkrankenhause nach einer spontanen Geburt eine pathologische Lockerung aller 3 Symphysen beobachtet. Patientin sei noch nicht aufgestanden, habe bisher keine Beschwerden, speciell keine Erscheinungen von Seiten der Blase.

2. Dr. v. Bergmann hält seinen angekündigten Vortrag: «Mittheilungen vom Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie»:

M. H. Der 30. Congress für Chirurgie hat soeben seinen Abschluss gefunden und dürfte ein kurzer Ueberblick über seine Ergebnisse vielleicht von allgemeinem Interesse sein. Die Eröffnungsrede des Präsidenten Czerny stellt als Aufgaben des neuen Jahrhunderts die Aufklärung hin, welche die Aetiologie des Carcinoms erheische, für deren Entstehung die anatomische Erklärung nicht mehr genüge, — ferner die Klärung der Frage, in wie weit die Chirurgie berechtigt ist, operativ gegen einfache Fracturen vorzugehen, um Stellungscorrecturen vorzunehmen. Czerny sprach die Hoffnung aus, dass in diesem Jahrhundert die Auswüchse, welche das Bestreben aseptisch zu operiren, gezeitigt haben, beseitigt würden und der Ruf allgemein würde: «fort mit dem Maulkorbzwang!»

Czerny ermangeite nicht, einen kleinen Seitenhieb darauf zu führen, dass die deutsche Regierung die Mediciner dazu ausersehen habe, um festzustellen, welches Mindestmass an allgemeiner Bildung für die Staatsprüfung noch zulässig sei? Bekanntlich ist in Deutschland die Zulassung von Realschülern zum Studium der Medicin demnächst zu erwarten.

Der erste Gegenstand der Tagesordnung betraf die Nierenchirurgie, über deren Entwickelung Prof. Küster einen Rückblick gab. Er wies darauf hin, dass die Mortalität der Nephrotomien von 44,6 pCt. im Jahre 1886 gegenwärtig auf 16 pCt. gesunken sei, sowie dass diese Zahl noch reductionsfähig sei, wenn man möglichst conservativ operire d. h. Resection (theilweise Abtragung der Niere) vornehme und wenn das Verfahren die Functionsfähigkeit der zurückbleibenden Niere zu bestimmen, vertieft werde.

Gegen die partielle Exstirpation namentlich bei Tumoren, sei eingewandt, dass die Bestimmung, wie weit die Niere ungestraft zurückgelassen werden kann, doch meist sehr schwierig sein werde.

Zur Feststellung der Functionstüchtigkeit der anderen Niere empfiehlt Kümmell (Hamburg) dringend die Gefrierpunktsbestimmung des Blutes, welche er bisher in 65 Fällen geübt und welche ihm sichere Resultate ergeben.

Der Gefrierpunkt des normalen Blutes schwankt zwischen 0,55° und 0,57°, er wird durch Typhus oder sonstige hoch fieberhafte Krankheiten nicht beeinflusst, nur Insufficienz der Niere drücken denselben hinunter, 0,6°.

Casper betont die N-Bestimmung durch directe Ureter-Katheterisation und die Phloridzinprobe; durch eine subcutane Injection von 0,005 scheidet die Niere Zucker aus, dessen Menge entsprechend der Insufficienz der Niere sinkt.

Wie Ihnen wohl erinnerlich sein wird, hatte Zondeck angegeben, die Gefässvertheilung der Niere sei eine derartige, dass der Sectionsschnitt zur Aufklappung der Niere mehr am hinteren Segment anzusetzen habe. Kümmell betont, dass diese Forderung keine absolute Geltung habe, da er bei der Zondeck'schen Schnittführung mehrfach Blutung aus grösseren Gefässen gehabt habe. Endlich seien noch die Schönberg'schen Versuche betont, die beweisen, dass man auch kleine Nierensteine durch Röntgenphotogramme zur Darstellung bringen könne, wenn man eine sogenannte weiche Röhre nehme und dieselbe mit Blei umwickele, dass nur eine kleine Blende offen bleibe; das derart erhaltene Bild soll nicht mehr wie 6,8 cm. Dm. haben, natürlich kann man erst durch eine mosaikartige Zusammenstellung von ein paar derartigen Bildern sich Aufschluss über die Beschaffenheit der ganzen Niere verschaffen.

Ueberraschend wirkte in unserer aseptischen Aera der Vorschlag von Bruns — septisch inficirte Wunden — so namentlich Phlegmonen — nach gründlicher Spaltung mit concentrirter Carbolsäure (95 pCt.) zu versorgen. Es wird das so gemacht, dass die Wunde zuerst mit Alkohol abgetupft, dann mit 2—6 Gramm reiner Carbolsäure ausgerieben und bestrichen wird, welche nur eine Minute einwirken darf, um dann mit starkem Alkohol gründlich abgespült zu werden. Die Alkoholspülung soll gründlicher als Wasser die Carbolsäure unschädlich machen, ausserdem bürgt die Concentration für eine Verhinderung der Resorption dadurch, dass sie das Gewebe prompt verschorft. Bruns hat 180 Fälle von Phlegmone und Gelenkeiterung derart behandelt, ohne auch nur einmal eine Carbolintoxication zu erhalten. Honsell hat experimental den Vorschlag Brun's gestützt, er behauptet, dass binnen einer Minute die Carbolsäure absolut bactericid wirke, auch dem widerstandsfähigsten Microorganismus gegenüber.

Nachdem Küster noch das Ferrum candeus in gleicher Indication empfohlen, (nicht Paquelin) ergriff König das Wort, um nachdrücklich zu betonen, dass gründlichste Incision die Hauptsache sei.

A. Fraenkel (Wien) suchte dem Jodoform den letzten Boden zu entziehen, den es sich bisher unbestritten erhalten, den eines Specificums gegen locale Tuberculose. Er behauptete in seinem Experimente genau dieselben Resultate mit Kohlenpulver erreicht zu haben. In gewissem Sinne bestä-

tigte König dieses Experiment, als er betonte, dass die Hauptsache die Entfernung des tuberculösen Herdes sei, dann heilte die Wunde ebenso auch ohne Jodoform.

Haegler sprach zur Präparation der Seide und betonte, dass diese am besten mit einem Antisepticum versorgt werden müsste. Am unzuverlässigsten sei Sterilisiren in Dampf. In solchen Fällen sei bei Infection schon nach 48 Stunden massenhafte Bacterienvermehrung sichtbar, die nach innen in die Fäden hinein stattfindet, während bei den mit einem Antisepticum versorgten Fäden die Bacterienwucherungen nur an der Oberfläche vor sich gehen. Haegler betont, dass thatsächlich sterile Seide nie ausgestossen werde. Das Catgut nennt er besser als sein Ruf.

Hervorzuheben ferner sind die Mittheilungen, welche sich mit der Bier'schen Anästhesie befassen, die durch Cocaininjection (0,05–0,3) in den Duralsack des Rückenmarks hervorgerufen wird. Bier selbst verfügt über 1200 Fälle, in denen er je nach der injicirten Menge eine, nur die unteren Extremitäten betreffende oder bis an den Schultergürtel hinaufreichende Anästhesie erzielt hat, dieselbe dauert bis zu 2 Stunden an, ist daher für grosse Operationen ausreichend, allein sie hat ihre grossen Gefahren. Die Nachwirkungen sind keineswegs geringer, als bei der Inhalationsanästhesie (Chloroform). Sie bestehen in Kopfschmerzen, welche zuweilen bis über eine Woche andauern und sich bis zu rasender Heftigkeit steigern können, in Appetit- und Schlaflosigkeit, Schüttelfrösten, Fieber, -- ja schwerem Collaps und selbst Tod.

Schwarz will so schwere Folgezustände durch Verwendung des Tropococain vermindert haben und Kader will keine unangenehmen Nachwirkungen erzielt haben dadurch, dass er vor der Injection der Cocainlösung etwa 1½ mal so viel Liq. cerebrospinalis hat abfliessen lassen als das Injectionsquantum betrug.

Mickulicz hat nur 40 mal dieses Verfahren angewandt, er bezeichnet seinen Effect als einen verblüffenden, das Verfahren selbst aber, seiner unangenehmen und unberechenbaren Nebenwirkungen wegen, als ein gefährliches.

Interessant ist, dass Mickulicz die postoperativen Pneumonien in Summa öfter und mit grösserer Mortalität nach Schleichscher Infiltrations- als nach der Inhalationsanästhesie hat auftreten sehen, so namentlich bei den Operationen, die wegen M. Basedowii oder Ileus ausgeführt worden sind. Bei einer Strumaoperation unter Schleichscher Anästhesie stieg die Pulsfrequenz derart gefahrdrohend an, dass M. sich veranlasst sah, zum Chloroform zu greifen. Mit der Chloroformnarkose schwanden alle bedrohlichen Erscheinungen.

Die postoperative Pneumonie scheint somit durchaus nicht der Anwendung von Chloroform oder Aether zur Last gelegt werden zu können. Kümmel betont, dass vorwiegend alte und geschwächte Leute derselben zum Opfer fallen. Er hat bei 1070 Laparotomien 40 Pneumonien gehabt, von denen nur 11 dem Leben erhalten wurden, während 29 (8 crupöse und 21 hypostatische) starben. Henle (Breslauer Klinik) hat bei 1787 Operationen in 8 pCt. der Fälle Pneumonien beobachtet, mit 3,6 pCt. Exitus. Seit 1898 ist eine Abnahme der Pneumonien zu beobachten, die darauf zurückgeführt wird, dass eine Abkühlung der Patienten sowohl bei der Vorbereitung zur Operation als während derselben thunlichst vermieden wird.

Krönlein hat, trotzdem er keinerlei derartige Vorsichtsmassregeln angewendet, von 298 Laparotomien blos 1 durch Pneumonie am 5. Tage verloren, er sieht dieses glänzende Ergebniss dadurch bedingt, dass er ausschliesslich Aether (255 Fälle) oder Aether + Morphium (43 Fälle) zur Anästhesirung verwendet, ein sehr reines Präparat dazu zur Verfügung hat und in der Dosirung sehr vorsichtig ist, so dass er pro Fall etwa nur die Hälfte der von Gurlt angegebenen Menge verbraucht.

In Bezug auf die Sympathicusexstirpation zur Beseitigung epileptischer Anfälle wirkte die Mittheilung Braun's (Göttingen) abwiegelnd; zwar hat er nur 9 Fälle operirt, von denen er 1 an Pneumonie verloren hat — ein zweiter starb 5 Wochen nach der Operation im epileptischen Anfall und die übrigen wurden alle wieder recidiv.

Sehr interessant war die Discussion über die Operation des Uteruscarcinoms, in welche die hervorragendsten Gynäkologen mit eingriffen.

Jordan, Assistent der Czerny'schen Klinik, von der die vaginale Exstirpation des Uterus inaugurirt worden ist, betont die geringe Mortalität dieser Methode, 5 pCt. die dem Eingriff erliegen und die relativ guten Endresultate nämlich 30 pCt. Dauerheilung, bei Zugrundelegung einer Beobachtungszeit von 5 Jahren. Dieser Procentsatz sei namentlich im Hinblick auf die Dauerheilungen beim Mamma- und Rectumcarcinom (ca. 14 pCt.) ein entschieden günstiger.

Der abdominalen Hysterectomie warf er vor, dass sie ihr Ziel, die inficirten Drüsen mit zu entfernen, nicht erreicht, weil das Drüsengebiet, welches der Infection zugänglich, ein abgegrenztes sei und weil die Mortalität eine beträchtliche Ziffer (30 pCt.) erreicht, zudem das Dauerresultat kein besseres.

Schuchardt empfahl seinen paravaginalen Schnitt, der das Operationsterrain besser freilege; er will in 40 pCt. der Fälle Dauerheilung erzielt haben (25 Fälle). Dührssen rühmte seinen Kolpocoeliotomia anterior, welche ihm nur 2—3 pCt. Mortalität ergebe.

Döderlein rühmte wiederum die Exstirpation des Uterus mit Eröffnung des Peritoneums vom hinteren Scheidengewölbe aus und successive Spaltung des Uterus in der Medianlinie.

Olshausen hält diese Döderlein'sche Operation der Infectionsmöglichkeit wegen für zu gefährlich, höchstens bei beginnendem Portiocarcinom für zulässig, er schliesst sich Jordan im Grossen und Ganzen an. Er betont, dass er seit 3½ Jahren auch Carcinome vaginal operire, welche bereits über den Uterus hinaus gegriffen hätten. Er betont, dass man erst nach 5 Jahren von Dauerheilungen sprechen könne, weil in der That dann erst die Recidive sehr selten würden, er habe aber auch schon nach 12 Jahren ein lokales Recidiv gesehen. Den Schuchardt'schen Schnitt hält er nur in 3—4 pCt. aller Fälle für nöthig, im Uebrigen könne er vermieden werden, was im Hinblick auf den event. damit verbundenen Blutverlust — was nachher auch durch Martin bestätigt wurde — durchaus zu betonen sei. — Olshausen fasst das Ergebniss seiner Erfahrungen so zusammen: von allen Frauen mit Uteruscarcinom eignen sich für die Operation nur etwa 50 pCt., — von diesen 50 überstehen die Operation 47, und von diesen sind nach 5 Jahren gesund noch 18. — Die abdominale Hysterectomie ist die von den Franzosen bevorzugte Methode. Für sie trat Freund ein, der behauptete, sie allein ziele auf einen Dauererfolg hin; die vaginale Methode sei nur da zu verwenden, wo man sich mit einem Palliativerfolg begnügen müsse.

Wertheim (Wien) wies darauf hin, dass die Mortalitätsziffer der abdominalen Operation, bei der allein die Parametrien rationell angegriffen würden, verringert würde mit der wachsenden Erfahrung.

Von seinen 53 Fällen hatten die ersten 33—11 Todesfälle gehabt; von den letzten 20 seien blos 3 gestorben, Darunter 2 wegen Ureternekrose, weil der Ureter zu weit herauspräparirt worden; das soll nächstens vermieden werden. W. hat erst vor 3 Jahren den abdominalen Weg der Hysterectomie beschritten, er könne somit von Dauererfolgen nicht reden, allein er habe bisher kein einziges Residiv gesehen.

Er betont ferner, dass in 36 pCt. die Untersuchung der Drüsen, carcinomatöse Erkrankung derselben ergeben habe. Die sacrale Methode der Uterusexstirpation schien allgemein als abgethan angesehen zu werden wegen ihrer zu grossen Mortalität (18 pCt.) und relativ ungenügenden Uebersichtlichkeit.

M. H. — Ich übergebe eine Anzahl von interessanten Vorträgen ihres speciell chirurgischen Interesses wegen und wende mich zur letzten Debatte des letzten Tages, welche das viel erörterte Kapitel der Perityphlitis betraf.

Abwarten oder Frühoperation war hier natürlich wieder die Frage. Während für ersteres Kümmell (Hamburg) und Rotter (Berlin) eintraten und ihren Standpunkt aus einem grossen Beobachtungsmaterial zu begründen suchten, traten Rehn (Frankfurt) und Sprengel (Braunschweig) für die Frühoperation ein. R. hatte von 24 Fällen, die er innerhalb der ersten 24 Stunden operirte, keinen einzigen verloren. Wichtig scheint mir, dass hier jedoch von allen Seiten betont wurde, dass es Fälle giebt, die sofort operirt werden müssen. Ich halte dieses Zugeständniss der Conservativen für sehr wichtig; es handelt sich nur darum, diese Fälle näher zu charakterisiren und das scheint einstweilen noch nicht ganz scharf möglich zu sein. Auffallend acuter Beginn—sehr hohes Fieber, sehr hohe Pulsfrequenz, sehr starke Schmerzen, und dabei Fehlen des Tumors an typischer Stelle, oder Vorhandensein eines kleinen Tumors an atypischer Stelle. Das waren die Symptome, die von Radicalen und Conservativen als diejenigen angeführt wurden, welche die sofortige Empfehlung der Operation indicirten. Es wird somit unsere Aufgabe sein, mit ganz besonderer Sorgfalt den Beginn einer Appendicitis zu beobachten und von der traditionellen exspectativen Behandlung des ersten Anfalls eventuell abzusehen, womöglich noch vor Ablauf der ersten 24 Stunden.

(Autoreferat).

Dr. F. v. Berg hält die Bedenken gegen die Ureteren-Katheterisation für vollkommen berechtigt, da die Gefahr einer Infection doch in hohem Masse vorliege. Den Ureterenkatheter 3 Stunden lang liegen zu lassen, wie das vorgekommen sei, scheine ihm sehr gewagt; das müsse unbedingt Reizerscheinungen hervorrufen, da schon das Liegenlassen eines gewöhnlichen Katheters durch so lange Zeit zu Reizerscheinungen führe. Redner selbst habe allerdings keine eigenen Erfahrungen hierüber.

Dr. v. Bergmann. Der Ureterenkatheterismus sei um so bedenklicher, als man den Katheter nur sehr unvollkommen sterilisiren könne, trotzdem geben einzelne Autoren an, dass sie ihn bis zu 24 Stunden lang haben liegen lassen, ohne Reizerscheinungen zu bekommen.

Dr. Gandérer bemerkt zur Frage der Behandlung von Phlegmonen mit concentrirter Carbolsäure, dass die Unschädlichkeit derselben gelegentlich eines Vortrages in Berlin demonstrirt worden sei, indem Vortragender sich die Hände mit concentrirter Carbolsäure gewaschen und dann mit Alkohol abgespült habe, ohne Schaden zu nehmen.

Dr. F. v. Berg: Welchen Nutzen soll denn die Carbolsäure noch haben, wenn die Spaltung der Phlegmone vorausgegangen?

Dr. v. Bergmann: Durch Abtödten der Bakterien soll ein schnelleres Absinken der Temperatur herbeigeführt werden.

Bezüglich der Frage nach dem geeignetesten Nähmaterial bemerkt Dr. v. Stryk, dass die Gynäkologen vielfach mit gutem Erfolg Catgut anwenden, selbst in der Bauchhöhle. Allerdings sei es beim Catgut noch wichtiger, als bei der Seide, dass es nicht nur sterilisirt, sondern auch noch mit einem Antisepticum imprägnirt sei.

Dr. v. Bergmann: Die Bauchhöhle vertrage viel septisches Material, man könne deshalb die in ihr erzielten Erfolge nicht als einen Gradmesser für die Güte des verwendeten Nahtmaterials betrachten. Sehr viel empfänglicher für Infectionen sei der Muskel und hier komme es doch immer wieder vor, dass Catgut zu Eiterungen Veranlassung gebe. Redner selbst wende daher nie Catgut an, sondern Seide. Dieselbe werde zuerst durch Kochen in Sodalösung entfettet, dann trocken aufbewahrt; vor dem Gebrauch werde sie dann nochmals 10 Min. lang in Sodalösung gekocht und hierauf in 5 pCt. Salicylalkohol gelegt. Mit der auf diese Weise präparirten Seide habe Redner sehr gute Erfahrungen gemacht, namentlich besitze er an der oft ausgeübten Bassini'schen Operation ein vorzügliches Kriterium für die Qualität des Nähmaterials und sprächen die bei dieser Operation erzielten Erfolge sehr für seine Seide.

Dr. E. v. Holst weist auf die neuerdings empfohlenen Fäden aus Renthiersehnen hin.

Dr. Hach: Es sei auffallend, dass die Chirurgen im Allgemeinen Gegner des Catgut seien, während es von Gynäkologen mit gutem Erfolge angewandt werde; nicht nur in der Bauchhöhle, sondern z. B. auch bei Etagennähten zum Vernähen von Laparotomiewunden. Dr. Busch verwende neuerdings mit ausgezeichnetem Erfolge Formalincatgut, das kurz vor dem Gebrauch ausgekocht werde.

d. Z. Secretär: Dr. Bertels.

Zuschrift an die Redaction.

Im Folgenden möchte ich die Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf eine der möglichen Ursachen des Diabetes mellitus lenken, welche vielleicht häufiger als man glaubt — eine Rolle spielt.

Es besteht ohne Zweifel eine nahe Beziehung zwischen Diabetes, Gicht und Arteriosclerose, — namentlich französische Autoren betonen dieselbe. Sollte nicht mancher Diabetes älterer Leute seine Erklärung finden in arteriosclerotischen Veränderungen der Artt. vertebrales und basilar., welche dem verlängerten Mark aufliegen und von deren feinen Zweigen auch der Boden des 4. Ventrikels, in welchem Cl. Bernard seinen Zuckerpunkt gefunden hat, — versorgt wird? Ausgehend von dieser Erwägung rathe ich längere Zeit Jodnatrium in Verbindung mit Natr. salicyl. brauchen zu lassen. Diese Medication hat sich nun bei Arthritikern sowohl, als auch bei Sclerotikern vorzüglich bewährt. Gelenkverdickungen schwinden danach oft zusehends, — die etwaigen sclerotischen Vorgänge an den Arterien des verlängerten Marks könnten event. auch günstig beeinflusst und dadurch der Diabetes beseitigt werden. Erg.

Dr. Alex. Erichsen.

Vermischtes.

— Das berathende Mitglied des Gelehrten Militär-Medicinischen Comités, Leibmedicus des Allerhöchsten Hofes Geheimrath Dr. Popow ist zum berathenden Mitgliede des Medicinalconseils des Ministeriums des Innern ernannt worden, unter Belassung in seinem gegenwärtigen Amt und in der Hofwürde.

— Der ältere Arzt des 3. Moskauer Cadettencorps, Staatsrath Lepeschinski ist zum Wirklichen Staatsrath befördert worden, unter Verabschiedung, seiner Bitte gemäss.

— Zum Gehilfen des Estländischen Gouvernements-Medicinalinspectors ist der jüngere Beamte des Medicinal-Departements des Ministeriums des Innern, Collegienrath Dr. Orzapowski ernannt worden. Dr. Orzapowski hat in den Jahren 1882 bis 1889 an der ehemaligen Dorpater Universität Medicin studirt und hiermit eine Zeitlang in Wilna practicirt.

— Der ältere Arzt der 34. Artilleriebrigade. Collegienrath Ssemenski ist krankheitshalber verabschiedet worden.

— Der Lehrstuhl für allgemeine Pathologie an der Moskauer Universität ist wegen Ausscheidens des Prof. emer. Dr. A. L. Vogt nach 30-jähriger Lehrthätigkeit aus dem Dienst vacant geworden. Zur Neubesetzung des Lehrstuhls ist eine Concurrenz ausgeschrieben worden, für welche der Termin am 28 December 1901 abläuft. Bewerber um die Professur haben ihre wissenschaftlichen Arbeiten, sowie ein curriculum vitae bei der Universität einzureichen.

— An dem VIII. Congress russischer Aerzte zum Andenken an N. Pirogow, welcher in Moskau vom 3. bis zum 10. Januar 1902 stattfinden wird, beabsichtigt die anthropologische Section der Moskauer Gesellschaft von Freunden der Naturforschung, Anthropologie und Ethnographie Theil zu nehmen zwecks Förderung der Entwickelung der anthropologischen Forschung in Russland. Zu diesem Zwecke sollen durch einige Referate die Congressglieder mit den Aufgaben und Bestrebungen der Anthropologie im Allgemeinen und in Russland im Speciellen bekannt gemacht werden. Ueberdies soll beim Congress eine Ausstellung anthropometrischer Instrumente organisirt werden zu Demonstrationen über anthropometrische Messungen.

— Die Frage über die Aufnahme von Seminaristen in die Militär-Medicinische Akademie wird gegenwärtig in der Conferenz der genannten Akademie berathen. Der Berathung unterliegt ferner die Frage über die Aufnahme von Zöglinge solcher Anstalten, welche den Absolventen denselben Bildungscensus geben, wie die geistlichen Seminarien.

— Die medicinische Facultät der Neurussischen Universität in Odessa hat, wie der «St. Pet. Herold» meldet, einen Beschluss von grosser principieller Bedeutung gefasst. In Beantwortung einer Anfrage des Ministeriums der Volksaufklärung, ob die genannte Facultät auch Personen aufnehme, welche ein Veterinärinstitut beendet haben, fasste die Facultät den Beschluss, Absolventen eines Veterinärinstitutes in den ersten Cursus nach einer Ergänzungsprüfung in der lateinischen Sprache aufzunehmen. Obwohl dieser Beschluss von grosser principieller Bedeutung ist, so wird er in der Praxis wohl nur auf ganz vereinzelte Fälle Anwendung finden, denn es kann keiner Universität erwünscht sein, ihr Aerztecontingent durch Absolventen eines Veterinärinstituts recrutirt zu sehen.

— Verstorben: 1) Am 25. (12.) November in Helsingfors der dim. Oberstabsarzt Geheimrath Dr. Georg v. Winther im Alter von 76 Jahren. Nach Absolvirung seiner medicinischen Studien auf der Alexander-Universität widmete er sich dem Berufe des Militärarztes, nahm mit dem Finländischen Gardebataillon an den Feldzügen von 1854 bis 1855 und von 1877—1878 Theil. Nach Einführung der Wehrpflicht wurde Winther zum Oberstabsarzt ernannt, in welcher Stellung er eine wichtige Rolle bei der Organisation des Finländischen Militär-Sanitätswesens spielte. Im Jahre 1894 nahm er seinen Abschied; im Jahre 1890 wurde der Verstorbene in den Adelsstand erhoben. 2) In Armawir der Astrachansche Medicinalinspector Makar Iwanowitsch Arnstamow («Prikaspiiskaja Gaseta» vom 2. November), geboren im Jahre 1853, erhielt den Arztgrad im Jahre 1878. 3) Am 24. (11.) November in Nizza Dr. Wladimir Karlowitsch Vogel. 4) In Tübingen der berühmte Kliniker Professor Dr. Liebermeister, 69 Jahre alt, an einem Nierenleiden.

— Der von der Commission zur Bekämpfung des Alkoholismus ausgearbeitete Gesetzentwurf über die zwangsweise Unterbringung von Alkoholikern in entsprechende Heilanstalten ist vom Medicinalconseil des Ministeriums des Innern gebilligt und von der Commission zur Revision des Civil-Gesetzbuches geprüft worden. Der betreffende Gesetzentwurf ist vom Justizministerium bereits dem Ministerium des Innern zur Durchsicht übergeben worden.

— Der Verein zur Bekämpfung der Tuberculose für die Ostseeprovinzen, mit dem Sitz in Jurjew (Dorpat), ist, wie Rigaer Blätter melden, nach erfolgter ministerieller Bestätigung, vor Kurzem ins Leben getreten und hat sich in Jurjew unter dem Vorsitz Prof. Dr. C. Dehio's bereits constituirt.



— Der Gesellschaft zur Bekämpfung der Lepra in Livland ist der Reinertrag eines am 14. Nov. im Saale der St. Petersburger Städtischen Creditgesellschaft zum Besten der livländischen Leprosorien veranstalteten Concerts im Betrage von 1117 Rbl. 51 Kop. von der Redaction der «St. Petersb. Ztg.» übermittelt worden. Im Ganzen sind bisher von der genannten Redaction zu dem beregten Zwecke 22,146 Rbl. 6 Kop. abgesandt worden.

— Der Statutenentwurf der Irrenanstalt der St. Petersburger Landschaft ist vom Ministerium des Innern bestätigt worden. Die Anstalt ist für 140 Betten berechnet.

— In Odessa hat sich, wie von dort berichtet wird, ein Verein von Aerzten gebildet, welcher sich die Gründung einer Musterheilanstalt auf dem Liman und die Popularisirung der Liman-Curen zum Ziel gesetzt hat. Die Musterheilanstalt soll auf Actien gegründet werden.

— Nach einer officiellen Zusammenstellung functionirten im Moskauer Gouvernement (ohne die Stadt Moskau) im Jahre 1900 186 Heilanstalten mit insgesammt 3027 Betten, und zwar gab es: 72 Krankenhäuser der Kreislandschaften, 13 Krankenhäuser der Gouvernementslandschaft, 4 Dumakrankenhäuser, 5 Privatheilanstalten, 76 Fabrikhospitäler, 14 von Fabriken und Landschaften gemeinschaftlich unterhaltene Krankenhäuser sowie zwei Heilanstalten des Moskauer Findelhauses. Die Zahl der ärztlichen Bezirke im Gouvernement betrug 102. Die Ambulatorien wurden von 1,053,475 Kranken besucht, zu Hause wurden 18,534 und in den Krankenhäusern 56,177 Personen behandelt. In den Krankenhäusern starben 2276 Patienten, so dass das Sterblichkeitsprocent 4,5 betrug.

— Die beim Ministerium des Innern gebildete Specialcommission zur Prüfung der Frage der Verpflegung von Geisteskranken hat es für nothwendig befunden, Irrenasyle auf je drei Gouvernements mit 1000—1500 Betten zu errichten. Vom Ministerium des Innern sind zwecks Entwickelung des Projects der erwähnten Commission die Gouvernementschefs des Weichselgebiets damit betraut worden, spätestens bis zum 1. (14.) Februar 1902 dem Ministerium Auskünfte darüber vorzustellen: wieviel Geisteskranke in dem betreffenden Gouvernement registrirt sind; ob in den Gouvernements irgend welche Specialanstalten für derartige Leidende vorhanden sind; ob diese Anstalten auf Kosten der Regierung, der Städte, der Gemeinden oder von Privatpersonen, unterhalten werden; wieviel Kranke es in diesen Anstalten giebt; in welcher Weise die Localverwaltungen die projectirten Asyle unterstützen könnten und welcher Procentsatz von den zu verpflegenden Geisteskranken für seinen Unterhalt Zahlung leisten könnte.

— Nach dem Rechenschaftsbericht der Warschauer Universität für das verflossene Studienjahr erhielten in der medicinischen Facultät den Arztgrad 72 Studenten (29 mit Auszeichnung), die Würde eines Kreisarztes 9 Personen, den Grad eines Provisors der Pharmacie — 26, eines Apothekergehilfen — 46, eines Zahnarztes — 20, eines Dentisten — 2 und das Hebammendiplom 20 Personen. Die Gesammtzahl der Studenten betrug 1,202 und die Zahl der freien Hörer 123 (108 Pharmaceuten).

— Dr. A. M. Tschlenow ist als Ordinator des Mjassnizki-Hospitals in Moskau angestellt worden.

— Zur Verbesserung und Erweiterung des Moskauer Sanatoriums für Lungenkranke hat ein Moskauer Wohlthäter, der nicht genannt sein will, die Summe von 200,000 Rbl. gespendet.

— Das Moskauer Alexejew'sche Augenhospital beging dieser Tage sein einjähriges Bestehen. Die Zahl der stationären Kranken belief sich im ersten Jahr auf 600; ambulatorisch wurden 12,476 Kranke, die 36,200 Besuche machten, behandelt. Oberarzt des Hospitals ist Dr. K. Adelheim.

— In Warschau wird von örtlichen Aerzten die Errichtung einer Anstalt für Lichttherapie nach dem Muster der im Auslande existirenden derartigen Institute projectirt.

— Ein Mangel an Aerzten macht sich gegenwärtig in Odessa und überhaupt im Süden Russlands fühlbar. Diese Erscheinung erklärt sich dadurch, dass alle Dampfschifffahrts-Gesellschaften und Schiffseigenthümer, sowie die Communalverwaltungen von Odessa, Nikolajew und anderen Städten Aerzte zur Betheiligung an der Organisation von Vorbeugungsmassnahmen gegen epidemische Erkrankungen heranziehen.

— Ein neuer Leprafall ist in der Moskauer Universitätsklinik für Hautkrankheiten, welche unter der Leitung Prof. Dr. Posspelow's steht, dieser Tage constatirt worden. Der Patient ist ein alter Einwohner Moskau's und dient als Wächter bei einer der Niederlagen des Krons-Branntweinmonopols, wo auch seine Frau mit dem Ausspülen der Gefässe und Flaschen beschäftigt ist.

— Pestnachrichten. Am 27. (14.) November Abends wurde in Konstantinopel ein Pestfall constatirt. Von der Antipest-Commission wurde bekannt gegeben, dass die Stadt Konstantinopel als pestverseucht gilt.

Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 10. Nov. d. J. 8941 (7 wen. als in d. Vorw.), darunter 809 Typhus — (48 wen.), 920 Syphilis — (4 mehr), 417 Scharlach — (19 mehr), 176 Diphtherie — (2 wen.), 76 Masern — (1 wen.) und 8 Pockenkranke — (0 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 4. bis zum 10. November 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
384	260	644	106	36	136	17	10	22	43	72	60	51	47	31	12	1

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 16, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 0, Masern 24, Scharlach 21, Diphtherie 28, Croup 0, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 28, Erysipelas 7, Grippe 6, Cholera asiatica 0, Ruhr 0, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 14, Tuberculose der Lungen 73, Tuberculose anderer Organe 16, Alkoholismus und Delirium tremens 6, Lebensschwäche und Atrophia infantum 37, Marasmus senilis 18, Krankheiten der Verdauungsorgane 49, Todtgeborene 32.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 27. Nov. 1901.

Tagesordnung: 1) Fick: Die chirurgische Therapie des Ulcus ventriculi.
2) Kallmeyer: Erster Jahresbericht über die Thätigkeit meiner Heilanstalt.

Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 17. December 1901.

Dionin

Ersatz für Codein und Morphin, besonders bei Erkrankungen der Respirationsorgane.

Largin

höchstprocentige Silbereiweiss-Verbindung, ausgezeichnet für die Gonorrhoe-, Wund- und Augentherapie.

Jodipin

bewährter Ersatz für Jodkalium Specificum bei tertiärer Lues; bewährt bei Asthma, Emphysem u. Skrofulose.

Stypticin

bewährtes Hämostaticum vorzügl. Mittel in der gynaekolog. und zahnärztlichen Praxis.

Tannoform

ausgezeichnetes Adstringens- und Antidiarrhoicum.

Bromipin

neues Sedativum, insbesondere gegen nervöse Zustände und Epilepsie zu empfehlen.

Diphtherieheilserum

staatlich geprüft, 500-fach und 1000-fach normal.
Die reichhaltige Literatur gratis und franko.



chemische Fabrik — Darmstadt.

PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.

Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen
Keuchhusten, Kehlkopf- u. Bronchialkatarrh.

Zu beziehen in Flaschen von ca. 250 gr. Inhalt durch jede Apotheke.
Literatur: siehe Therapeutische Beilage Nr. 7 d. D. med. Wochenschr. Nr. 27 (98); Nr. 56 d. A. M. C. Z. (99); Nr. 29 d. A. B. C. (99); Nr. 17 der Wiener Med. Bl. (1900); Wiener Aerztl. Centralztg. Nr. 12 (1901).
Hergestellt in der **Kommandanten-Apotheke E. Taeschner, Berlin C. 19,** Seydelstrasse 16.
Dépôts: **Apotheker Ad. Marcinczik, Kiew** und **Apotheker H. Bierstümpfel, Warschau,** Marszalkowska 133.
(20) 26—23.

Fabrik chemisch-pharmaceutischer Producte

G. Hell & Comp., Troppau und Wien.

Acetopyrin.

Ein neues Antipyreticum und Antineuralgicum gegen Migraine, Neuralgien und Erkältungen, Specificum gegen Influenza, Gelenkrheumatismus und Gicht.
Dosirung: Täglich 6 Pulver à 0,5 bis 1 G. am besten in Oblaten.

Siehe wissenschaftliche Abhandlungen:
1. **Dr. Winterberg, Wien** (Wiener klinische Wochenschrift Nr. 39 v. J. 1900).
2. **Dr. Frieser, Wien** (Medicin. chirurg. Centralblatt Nr. 15 v. J. 1901).
3. **Dr. Bolognesi, Paris** (Bulletin Général Therapeutique v. 30. März 1901).
4. **Dr. Laumonier, Paris** (Presse Médicale v. April 1901).
5. **Dr. Goldmann, Wien** (Allgem. Wiener Medicin. Zeitung Nr. 14 u. 15 v. J. 1901).

Honthin.

Ein neues vorzügliches Darmadstringens gegen alle Formen von Diarrhoen.
Dosirung: Säuglinge 0,3 G., Kinder 0,5 G., Erwachsene 1 G. täglich 4 bis 5 Mal.

Siehe wissenschaftliche Abhandlungen:
1. **Dr. Friedr. Rölbl, Wien** (Wiener Klin. Rundschau Nr. 25 v. J. 1900).
2. **Dr. J. W. Frieser, Wien** (Wiener Medicin. Blätter Nr. 29 v. J. 1900).
3. **Dr. Joseph Reichelt, Wien** (Wiener Klin. Wochenschr. Nr. 36 v. J. 1900).
4. **Dr. Tison, Paris** (Bulletin Officiel de la Société Medical des Practiciens Nr. 2 v. J. 1901).
5. **Dr. Goldmann, Wien** (Reichs-Medicinal-Anzeiger, Leipzig Nr. 9 v. J. 1901).
6. **Dr. Dan. Kolpaszky u. Dr. Sztankay** (Magyar Orvosi Arch. Nr. 6 v. J. 1900).

NB.: Literatur und Proben zu Versuchzwecken stehen den Herren Aerzten auf Wunsch gern zur Verfügung.

Zu beziehen durch
Stoll & Schmidt, St. Petersburg.
(117) 12—12.

MARIENBAD Weltcurort (Böhmen)

Brunnen-Versendung Marienbach in Böhmen. Niederlagen in allen Apoth., Mineral-wasser- u. Droguenhandl.

Kreuzbrunn, Ferdinandsbrunn, die stärksten Glaubersalzwasser Europas (mit 5 gr. Glaubersalz im Liter.) Indicationen: Allgemeine Verfettung, Verfettung der Leber, des Herzens, Obstipation, Plethora.
Ambrosiusbrunn, stärkster, reiner Eisensäuerling Europas (mit 0.177 gr. Eisenbicarbonat im Liter). Indicationen: Anaemie, Chlorose.
Rudolfsquelle, hervorragend grosser Gehalt an Kohlensäure, Kalk und Magnesia. Indicationen: Chronische Catarrhe der Harnorgane, Nierensteine, Diabetes, Arthritis.
(58) 17—14.

Mikroskope Ernst Leitz
zu Fabrikpreisen empfiehlt **Moritz Goldberg,** St. Petersburg, Woskressenskaja № 11.
(18) 1—1.

Довв. ценз. Спб., 24 Ноября 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).
Dr. Johannes Krannhals. Riga.
Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 48 St. Petersburg, 1. (14.) December 1901

Ueber moderne Behandlung der Ischias.

Von
Dr. Johann Hirschkron.
Nervenarzt in Wien.

Die Neuralgie des Nervus ischiadicus ist eine sehr häufige und daher practisch wichtige Erkrankung. Die veranlassenden Ursachen sind vor allem Erkältungen jeder Art, langandauerndes Sitzen, Reiten, Fahren auf holprigen Wegen, forcirte Märsche, anstrengende Arbeit an der Nähmaschine, Radfahren etc.

Als symptomatische Erkrankung findet sich die Ischias bei allen Erkrankungen der Nachbarorgane, die mit einer Compression des Nervus ischiadicus einhergehen, Tumoren, wie Neurome, Pseudoneurome, paraneurale Geschwülste der Wurzeln des Sacralplexus, die den Hauptstamm des Ischiadicus oder seine Theiläste reizen und comprimiren und dann ein operatives Eingreifen erfordern. Ferner Entzündung der spinalen Meningen, Exostosen und Periostitis der Wirbelkörper, Verkrümmungen der Wirbelsäule, Tumoren und Entzündungen im Becken, Knickungen des Uterus, Druck der schwangeren Gebärmutter, Ueberfüllung des Mastdarmes mit Koth, Aneurysmen der Aorta abdominalis.

Oft fand man Luxationen oder Fracturen des Oberschenkels, eine Hernia ischiadica ein Aneurysma der Art. poplitea, Verwundungen nach Aderlass, zu enge Fussbekleidung als Ausgangspunkt einer Ischialgie.

Gewisse Allgemeinleiden wie Gicht, Diabetes mellitus künden sich durch Ischialgien an. Bei Malaria, Lues und nach Fournier auch bei Gonorrhoe sieht man typische Ischias auftreten.

Auch von toxischen, alkoholistischen, saturninen und mercuriellen Ischialgien wird häufig gesprochen.

Ich beabsichtige hier nur in knappen Strichen die zumeist bekannten therapeutischen Massnahmen zu besprechen um mich zum Schlusse mit einer weniger bekannten Aetiologie der Ischias zu befassen, und deren Behandlung eingehender zu behandeln.

Die causale Therapie der Ischias muss zunächst auf Beseitigung vorhandener mechanischer Schädlichkeiten Bedacht nehmen. Sind Geschwülste vorhanden die den Ischiadicus oder seine Aeste drücken, so müssen diese selbstredend operativ entfernt werden. Schwangeren rathe man Seitenlagerung an, der Nerv wird dadurch entlastet und die Schmerzen sind auf diese Weise wesentlich zu mildern. Bei abnormer Füllung der Beckenvenen leisten vegetarianische Diät eventuell örtliche Blutentziehungen vortreffliche Dienste. Blutegel am Anus oder in der Incisura ischiadica major sind zu diesem Zwecke am vortheilhaftesten. In diesen Fällen eignet sich auch ein längerer Fortgebrauch von Purganzen, wie die Wässer von Karlsbad, Marienbad, Elster etc. Bei habitueller Stuhlverstopfung empfehlen sich die dagegen gebräuchlichen Behandlungsweisen Massage, Darminfusionen mit Wasser oder Oel und entsprechende Abführmittel.

Bei Gonorrhoe, Syphilis, Gicht, Diabetes ist selbstredend das Grundleiden zu beheben. Bei Ischialgien in Folge refrigatorischer Einflüsse empfiehlt sich vor allem Bettruhe. Es ist nicht genug eindringlich davor zu warnen in frischen Fällen bei grosser Schmerzhaftigkeit, den Kranken herumgehen zu lassen. Selbst der routinirteste Diagnostiker kann im Anfange nicht genau constatiren, ob eine Erkrankung des Sacrolumbalplexus, eine Wurzelneuralgie oder eine beginnende Meningitis spinalis vorliegt, und sind solche Affectionen vorhanden, kann durch Bewegung der grösste Schaden angerichtet werden.

Es genügen in frischen Fällen ganze Einpackungen von einstündiger Dauer mit 18° Wasser, oder man lasse diese Procedur nur in der Nacht am kranken Fusse allein vornehmen, indem man sich zur grösseren Bequemlichkeit einer halben nassen Unterhose bedient. Bei manchen Kranken sind Wärmeapplicationen in Form von Umschlägen, Fomenten, Packungen, Thermophorcompressen vorzuziehen. Für die Nacht verordne man dem Kranken ein Suppositorium von 0,02 Morphiumgehalt.

Mit Packung, Zäpfchen und Ruhe brachte ich stets bedeutende Schmerzhaftigkeiten weg.

Darm und Blase müssten immer unter Controle bleiben, Senfpapiere, Vesicatore, Moxen lasse man lieber weg. Ferrum candens, Brennen des Fussrückens und der Ohrmuschel, etwas barbarische Massnahmen sind nach meiner Erfahrung werthlos.

Empfohlen wurden Injectionen von 2 pCt. Carbolsäure, denen man je nach Umständen etwas Morphium zusetzt. Auch die Osmiumsäure-Injectionen wurden vielfach geübt, in neuerer Zeit will Chrudamo mit Aetherinjectionen Erfolge erzielt haben. Auch Antipyrin und Cocaininjectionen haben warme Fürsprecher gefunden. Ich habe mit Injectionen noch keinen dauernden Erfolg zu beobachten Gelegenheit gehabt.

Von den Antineuralgicis wirkt am besten das Citrophen und Pyramidon. Von der Electrotherapie darf man bei der Ischiasbehandlung nicht viel erwarten. Empfohlen werden Pinselungen der Points douloureux und des Nervenstammes, die Application der Anode des galv. Stromes auf die Schmerzpunkte und die Franklinotherapie, welche in Form von Funkenströmen der Influenzmaschine zur Anwendung kommt. Letztere Procedur ist in der Regel sehr schmerzhaft.

Bessere Erfolge erzielt die Hydrotherapie. Von den Proceduren die hier in Frage kommen, sind vor allem die bereits oben erwähnten Ganz- und Theilpackungen mit 18—20° Wasser zu nennen.

Von anderer Seite wird das Auflegen heisser Compressen mit einer Schutzbedeckung von Flanell und Papier längs des Nerven, während der Patient sich in der Bauchlage befindet, empfohlen. Die Compressen halten 15 Minuten die Wärme. Man nimmt diese Applicationen 2 Stunden hindurch vor.

Eine der bewährtesten Methoden für die Behandlung der chron. Formen ist entschieden die schottische Douche, d. h. eine Douche mit trockenem Dampf von ca. 40° R. mit dem die kranke Extremität ca. 1 Minute überströmt wird, dann wird der Dampf durch eine blitzartige kalte Fächerdouche für einen Moment unterbrochen und abwechselnd lässt man den Dampfstrahl und den kurzen kalten Fächer den kranken Nerven entlang ca. 5—6 Minuten lang spielen bis die Haut intensiv geröthet ist. Zum Schluss erhält der Patient noch einen nur wenige Secunden dauernden kühlen Regen (12—15° R.)

Bei Atheromatose nehme man lieber statt des Dampfstrahles, Heisswasserstrahl, da die Dampfwolke leicht Athembeschwerden erzeugen kann. Das Gleiche gilt auch für Herz- und Lungenkranke.

Sehr günstig wirkt diese Procedur in Verbindung mit Massage. Nach einigen Autoren soll sich auch eine gleichzeitige Anwendung der Anode des galv. Stromes als besonders zweckmässig erweisen.

Unstreitig die besten Resultate erzielt man mit Massage und Gymnastik, doch soll diese erst dann zur Anwendung kommen, wenn unter dem Gebrauche der Bettruhe, Wärme und der schon eingangs erwähnten Proceduren die Schmerzhaftigkeit beträchtlich nachliess. Ebenso gut sind die Erfolge bei allen chronischen Ischialgien. Hier feiert die Massage oft wahrhafte Triumphe.

Ich behandelte 2 Fälle, wo die Ischias in Folge von Neubildungen in den Beckenorganen auftrat. In dem einen Falle handelte es sich um einen Uterustumor in dem anderen um ein Neoplasma in der Blase Beide Fälle wurden von mir mit Erfolg massirt. Die Patientin mit dem Uterustumor war nach 60 Massagen vollständig schmerzfrei und gehfähig, die mit der Neubildung in der Blase nach 90 Massagen. Letztere Patientin starb in Folge ihres Blasenleidens, erstere Patientin lebt, trägt ihren Tumor wie damals noch mit sich herum und hat angeblich nur Zeitweise leise Mahnungen im rechten Ischiadicus.

Ich erwähnte diese Fälle deshalb, um zu zeigen, dass trotz Bestehens der Ursache durch Massage Glänzendes geleistet werden kann. In beiden Fällen wurde die äusserst schmerzhafte Ischias beseitigt trotzdem die Tumoren weiterbestanden.

Nicht ganz von der Hand zu weisen ist bei nicht, überempfindlichen Patienten die Ausführung der unblutigen Nervendehnung, für sie wurde von Naegeli ein eigenes Verfahren angegeben, welches im Wesentlichen darin besteht, dass der Kranke sich auf die gesunde Seite legt, das gestreckte Bein von einem Assistenten in nicht allzu forcirter Stellung gehalten wird während der Arzt den Nervenstamm und seine Zweige energisch zu strecken und dehnen trachtet.

Die mannigfachen Hilfsquellen, die der Balneotherapie zur Verfügung stehen, sind für die zahlreichen chron. Ischiasfälle von grösster curativer Bedeutung. Da sind einerseits die Thermalbäder, die erwähnte Kaltwasserbehandlung, ausserdem die verschiedenen totalen und partiellen Bäder und Packungen in heissen festen Medien, wie heisse Moorbäder, Ichthyolmoorschlammpackungen, Sandbäder, Schlamm- und Fangocuren, Heissluftapparate.

Auch Ichthyolbäder 60 Gramm auf ein Bad leisten sehr gute Dienste.

Von der operativen Nervenchirurgie ist auf dem Gebiete der Ischiasbehandlung wenig zu erwarten.

Von Guinau de Mussy wurde die äusserliche Anwendung der Schwefelblüthe die auf ein Leintuch gestreut, worin dann der Fuss eingepackt wird, empfohlen. Besserungen kann man wohl damit erzielen, Heilungen nie. Von Chlormethylzerstäubungen ist abzurathen weil gangränöse Stellen dadurch erzeugt werden können, die schwer heilen.

Von Weir Mitchel wurde bei alten verschleppten Fällen die Behandlung mit Schienen und Bandagen vorgeschlagen. Ich selbst habe über diese Methode keine Erfahrung. Ebenso wenig weiss ich über die in neuerer Zeit vorgeschlagene Methode die Schmerzstellen mit concentrirter Salzsäure zu bepinseln.

Weniger bekannt dürften jene Ischiasfälle sein, die durch Blasen- und Aftererkrankungen hervorgerufen und unterhalten werden.

Eine meiner Patientinnen litt in ihrer Jugend an Incontinentia urinae, in den späteren Jahren an Blasenschwäche, welche sich darin äusserte, dass die Kranke häufig uriniren musste, und trotzdem in der Blase immer Residualharn zurückliess. Im 18. Lebensjahre erkrankte diese Patientin an einer 1 Jahr dauernden Ischias. Die Patientin war wohl von da an nie ganz frei von leichten ischialgischen Schmerzen, doch waren diese erträglich.

Vor ungefähr 5 Jahren erkrankte diese Patientin abermals an einer Ischias. Der Process wurde durch Einpackungscuren behoben. Im nächsten Jahr neuerliche Erkrankung, die Emballagen leisteten auch diesmal gute Dienste und so wiederholte sich der Krankheitsprocess noch zweimal um immer wieder auf die genannte Cur zu weichen. Auffällig war bei jeder Attaque die Polyurie, der häufige Harndrang und die verhältnissmässig geringe Menge Urin die bei jedesmaligem Urinablassen wegging. Eines Tages traten die ischialgischen Symptome so stürmisch und der Urindrang so unleidlich auf, dass ich mich veranlasst sah über die Blasenfüllung mich zu informiren. Ich fand die Blase stark gefüllt, liess mittels Nelaton-Katheter den Harn daher abfliessen worauf Urindrang und Ischiasschmerz sofort beseitigt waren. Patientin legte sich ins Bett und schlief 8 Stunden lang, während sie Tage vorher nicht eine Nacht wegen des Schmerzes und Urindranges im Bette zubringen konnte. Die constante Berücksichtigung der Blase schob eine neuerliche Recidive weit hinaus.

Patientin erkrankte nun an Verdauungsbeschwerden, an denen sich hartnäckige Obstipationen anschlossen, in Folge deren die Kranke Haemorrhoiden, Risse, Excoriationen und ein Afterekzem bekam. Dieser constante Afterreiz rief abermals die ganze Suite von Symptomen, Blaseninsufficienz,

Schwäche und vehemente Ischias hervor. Die Risse und offenen Stellen wurden, um der Patientin für Stunden Erleichterung zu verschaffen mit 10 pCt. Lapislösungen geätzt. Alle sonst üblichen Mittel waren werthlos, die Patientin fühlte keine Erleichterung auf sie. Dabei ruinirte die Kranke eine Unmasse Leib- und Bettwäsche mit dem Lapis was ihr bedeutenden pecuniären Schaden zufügte.

Zu dieser Zeit machte mich ein ausländischer College gesprächsweise darauf aufmerksam, dass er Ischialgien beobachtete, die Jahre lang durch Aftererkrankungen unterhalten wurden. Als ich meine Patientin darüber interpellirte ob sie nicht schon Jahre hindurch an diesen Reizzuständen des Afters leide, wurde mir dieses von ihr bejaht. Die Pat. aus Scheu vor einer Untersuchung verheimlichte dieses lästige Jucken und legte dem auch gar keine Bedeutung bei. Ich wendete von nun an meine ganze Aufmerksamkeit dieser Aftererkrankung zu. Da wurde ich auf eine Salbencombination, welche unter dem Namen Analan im Handel ist, aufmerksam gemacht. Es ist dies eine Combination aus Adstringentien und Antisepticis. Ich wendete nach den vielen missglückten Versuchen der Aftererkrankung Herr zu werden dieses Mittel an und ich war ganz überrascht als ich zur Patientin kam und sie mir sagte, dass sowohl der lästige Juckreiz beseitigt sei, die Ischias weitaus erträglicher wurde, und der Harndrang bedeutend nachliess. Bei der Untersuchung nahm ich wahr, dass die Excoriationen abgeheilt waren, dass sich also auch objectiv eine Besserung constatiren liess. Patientin verwendete das Analan weiter fort, die Krankheit besserte sich von Tag zu Tag, dass Eczem heilte ganz ab, die Haemorrhoiden verschwanden und Patientin wurde vollständig hergestellt. Seit 1 Jahre trat keine weitere Recidive auf.

Ich verwendete das Analan, das hier in der K. K. Alten Feldapotheke erzeugt wird bei einer ganzen Reihe von Haemorrhoidariern und Kranken die an Aftereczemen, Rissen und Excoriationen litten und habe durchweg ausgezeichnete Erfolge erzielt. Meine Patientin will überhaupt nicht mehr ohne dieses Mittel sein. Wie ich erfuhr, soll das Mittel auch in allen grösseren Städten, auch in Petersburg zu haben sein. Analan ist eine wahre Wohlthat für diese Kranken, die ja durch den Juckreiz geradezu gesellschaftsunfähig werden. Ich will aber gleich bemerken, dass ich bei anderen Hautkrankheiten, ausser Juckreizmilderung mit Analan keinen Erfolg hatte. Das Mittel wirkt aber geradezu phänomenal wenn es in den Grenzen der Aftererkrankungen angewendet wird und kann in einschlägigen Fällen sehr empfohlen werden. Zum Beweise, dass Aftererkrankungen auch anderweitige Neuralgien und Reizzustände wie Masturbation veranlassen können, will ich hier anführen, dass ich auch vor Kurzem eine Neuralgie des Samenstranges durch die geschilderte erfolgreiche Afterbehandlung beseitigte und verweise auf meine jüngste Publication über Masturbation, wo auch diese Zustände bei einem erwachsenen Kranken, durch obengenannte Behandlung sich weitaus besserten. Ich mache jedoch gleichzeitig aufmerksam, dass man bei diesen Kranken auf eine besonders minutiöse Reinhaltung der Analgegend achten möge. Man möge den After nach jeder Defäcation mit einen Baumwollbausch der in Spirit. Vini gallici getaucht wurde reinigen und überhaupt den After nicht mit Papier, sondern stets mit Baumwolle reinigen um keine neuen Reize zu setzen.

Zum Schluss will ich noch einen interessanten Fall beschreiben den ich vor Jahren beobachtete, der so recht zeigt, wie rasch refrigatorische Einflüsse Ischialgien erzeugen können.

Eine meiner Patientinnen nahm Abends ein Fussbad, schlief dabei ein und da sie allein wohnte wurde sie von Niemandem geweckt. Als des Morgens ihre Bedienerin kam, musste sie die Frau mit Hilfe einer Nachbarin ins Bett bringen. Patientin acquirirte über Nacht im Fussbade eine einseitige Ischias und einen heftigen Darmkatarrh der chronisch blieb. Die Ischias war durch die übliche Ruhecur, Morphium in Zäpfchen und Packungen in sechs Wochen geheilt, der Darmkatarrh konnte weder auf diätetischem noch medicamentösem Wege beseitigt werden. Das Auftreten von Darmgeschwüren und eine Perforationsperitonitis führte zum Exitus.

Referate.

Dr. Friedrich Strauss, Specialarzt für Chirurgie der Harnwege. Frankfurt a. M. Zur functionellen Nierendiagnostik, Untersuchungen über Physiologie und Pathologie der Nierenfunction. Autoreferat des in der Section für Chirurgie auf der 73. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Hamburg 1901 gehaltenen Vortrages.

Nach Casper und Richter scheiden normale Nieren meistens in gleichen Zeiten gleiche Mengen N und Cl sowie gleiche Mengen Zuckers nach Phloridzininjection aus, und die molekulare Dichte des aus jeder dieser Nieren gleichzeitig abgesonderten Urins ist gleich. Chirurgisch erkrankte Nieren weichen von diesem normalen Typus in der Weise ab, dass die kranke Niere schlechter arbeitet, als die gesunde, was sich in einer verminderten Ausscheidung von N, Cl und Zucker (S) nach Phloridzin-Injection und in einer geringeren molekularen Dichte (M. D.) des gleichzeitig abgesonderten Urines manifestirt. Casper und Richter stellten ihre Untersuchungen in der Weise an, dass sie jeweils in einem Fall einmal dasjenige Nieren-Secret analysirten, das sie während einer bestimmten Zeit erhielten. Strauss hatte sich nun die Aufgabe gestellt zu untersuchen, wie unter normalen Verhältnissen sowohl, als auch unter pathologischen, erstens: die Function jeder Niere sich verhält bei wechselseitiger Vergleichung mit einander im gleichen Zeitabschnitt, aber in verschiedenen auseinanderliegenden Zeitfolgen, und wie zweitens: ein und dieselbe Niere einer jeden Seite a) für sich allein sowohl, als auch b) im Vergleich zur anderen Niere betrachtet, arbeitet 1) in verschiedenen, aber sich unmittelbar einander folgenden Zeiten 2) in einem gegebenen Zeitpunkt, verglichen mit der Function während eines voraufgegangenen oder folgenden Zeitabschnittes.

Es ergab sich aus 39 Einzeluntersuchungen bei normalen und chirurgisch erkrankten Nieren die physiologisch wie pathol. interessante Thatsache, dass die Werthe für M. D. für Ur-Phosphorsäure, für Cl., der zeitlich mittelbar oder unmittelbar nacheinander abgesonderten Secrete in gleichen Zeiten für beide Nieren normaliter gleich sind, dass sie aber wechselnde sind für ein und dieselbe Niere in eben dieser Zeit, und zwar gleichsinnig wechselnde für jede Niere, physiologisch sowohl wie patholog. Es lässt sich demnach zur Lehre von der Physiologie der Function der Niere der Satz aufstellen: dass die Function physiologisch arbeitender Nieren in gleichen Zeiten die gleiche ist, verglichen linke mit rechter Niere, dass aber diese Function eine wechselnde ist, und zwar eine in jedem Augenblicke wechselnde, in einer und derselben Niere. Zur Lehre von der Pathologie der Nierenfunction (Nephritis, Nephralgie, Pyonephrose, Tumor): es weist die Function, verglichen links und rechts, gleichzeitig stets analoge Differenzen auf und ist in ein- und derselben Niere in jedem Augenblick eine wechselnde, niemals eine constante. M. D. Cl. Ur-Phsäuregehalt im Sekret der gleichen Niere wechseln also von Augenblick zu Augenblick, physiologisch wie path., sind aber physiologisch jederzeit gleichwerthig dem corrrespondirenden Sekret der correspondirenden Niere. Diesen Wechsel der Concentr. fand Strauss im directen Verhältniss stehend zum Verdauungs- resp. Resorptionsprocess M. D. Cl, Ur-Ph. sinken mit Abklingen der Resorption; der Höhe der Resorption entsprechen die höchsten, dem Ende die niedrigsten Werthe. Bei Blut-M. D. Bestimmung darf Abegg-Nernst'sche Vorschrift und Correction nicht vernachlässigt werden. Auf Cl-Bestimmung, die exacte Werthe liefert, sollte nicht verzichtet werden. Alle Untersuchungen, in denen eine bestimmte Grenze der M. D. im Gesammturin aufgestellt wurde, und wo man glaubte aus einer diesseits oder jenseits dieser Grenze liegenden M. D. diagnostische Schlüsse auf pathol. Zustände schliessen zu können, sind nicht im Stande, ohne Angabe der aufgenommenen und ausgeschiedenen Flüssigkeitsmenge und ohne den dazu gehörigen Stoffwechselversuch, uns diagnostisch etwas auszusagen.

Dabei wurde folgendes festgestellt: In einem Fall von paroxysmaler Nephralgie wurden Cylinder im Urin der schmerzenden Niere gefunden. Die Functionsprüfung ergab enorme Differenzen in der Zuckerzahl, und es bestand darnach eine erhebliche functionelle Beeinträchtigung der schmerzenden Niere. Dies konnte nur durch Reihenuntersuchung, wie sie Strauss anwandte, konstatirt werden, und der Fall zeigt,

zum ersten Mal ohne autoptische Einsichtnahme in den Zustand der lebenden oder todten Niere, einzig durch Analyse des gesondert aufgefangenen Harnes, dass einer einseitigen Nephralgie eine einseitige Nephritis zu Grunde liegt. — Functionelle Prüfung bei Pyonephrosis dextr. ergab 3—4 ccm. Eiter der rechten auf 65 ccm. normalen Urins der linken Niere. Noch vorhandener Zuckergehalt im Eiter (0.4 pCt.) bewies noch erhaltenes secern. Nierenparenchym, was Strauss durch Nephrectomie bestätigt fand. M. D. des Blutes war 0,59 . . . . Ueber kindskopfgrosser Tumor der rechten Niere: Es ist nur noch wenig secern. Parenchym erhalten, die erkrankte Seite scheidet 20 Mal weniger Zucker aus, als die gesunde . . . . . In einem Fall, wo vor $7^1/_2$ Jahren Nierentuberkulose links durch, gelegentlich einer Nephropexie, konstatirte Riesenzellen festgestellt war, fand sich völlig normale Function. Blut-M. D. normal. Von vorgeschlagener Nephrectomie daher Abstand genommen. Es existirt bislang keine Beobachtung, wo bei tbc. Nieren die Zahlen beiderseits gleich waren. Es wäre möglich, dass dies dennoch der Fall wäre, aber auch andere Möglichkeit ist zu erwägen, Patientin ist gesund: ihre Nieren-tbc. ist geheilt. Doch möchte sich Strauss die Reserve auferlegen, die ihm nöthig erscheint, so lange bis weitere Beobachtungen nach dieser Richtung hin vorliegen. Denn nach dem Vorgang der Heilung von tbc. Meningitis, Lungentuberkulose, und Tuberkel des Gehirns erscheint auch die Heilung einer lokalisirten Nierentbc. sehr wohl möglich.

(Autoreferat).

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Th. Kocher und F. de Quervain: Encyclopädie der gesammten Chirurgie. (Leipzig. F. C. W. Vogel. 1901).

Das von den Verfassern unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Vertreter der Chirurgie herausgegebene Werk füllt eine Lücke in der chirurgischen Literatur aus. Die Encyclopädie giebt dem praktischen Arzte die Möglichkeit sich rasch über den gegenwärtigen Stand der chirurgischen Wissenschaft zu orientiren. Das Werk erscheint in Lieferungen, von denen uns bisher 10 zugegangen sind. Auf den Inhalt kann hier natürlich nicht näher eingegangen werden, doch wollen wir darauf aufmerksam machen, dass ausser speziell chirurgischen Fragen auch die Grenzgebiete der Chirurgie mit anderen Disziplinen der Medicin soweit berücksichtigt sind, dass sowohl dem praktischen Arzte als auch dem Chirurgen die Orientirung über ferner stehende Gebiete erleichtert wird.

Wold. Fick.

Die Krankheiten des Kehlkopfes. Von Docent Dr. L. Réthi. Zweite neubearbeitete und vermehrte Auflage. Mit 34 Holzschnitten. (Leipzig und Wien. Franz Deuticke 1901).

Vorliegender kurzgefasster Grundriss ist aus den Vorlesungen hervorgegangen, die Verf. im Laufe einer langen Reihe von Jahren in den Cursen der Laryngologie an der Wiener allgemeinen Poliklinik gehalten hatte. Dementsprechend sind die einzelnen Abschnitte in gedrängter Kürze abgefasst. Das Hauptgewicht wurde auf die Beschreibung der Spiegelbilder und der Therapie gelegt; die Aetiologie, subjectiven Symptome und pathologische Anatomie dagegen sind nur so weit erörtert, als für das Verständniss unbedingt nothwendig ist. Dem Studirenden und dem praktischen Arzte kann das Lehrbuch zur Orientirung auf dem Gebiete der Kehlkopfkrankheiten und als Wegweiser zur weiteren Ausbildung nur bestens empfohlen werden.

A. Sacher.

A. Pollatschek: Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1900. Ein Jahrbuch für praktische Aerzte. Wiesbaden, J. F. Bergmann. 1901.

Pünktlich wie seine Vorgänger ist jetzt auch der zwölfte Band des Jahrbuches erschienen, äusserlich unverändert, inhaltlich sich stets verjüngend und ergänzend; ein Resumé des therapeutischen Lebens eines Jahres, eine gute Zusammenstellung weit und breit zerstreuter therapeutischer Beobachtungen und Empfehlungen. Wir brauchen nicht mehr zu sagen, da der Pollatschek bereits zu den bekanntesten Nachschlagebüchern seiner Art gehört.

K—r.

Thomas Cullen: Cancer of the uterus. New-York, D. Appleton and Company. 1900.

Nach einer anatomischen Einleitung geht Verf. auf die Beschreibung des Cervicalkrebses ein, das pathologisch-anatomische Bild, wie es sich dem Untersucher mit blossem Auge und bei mikroskopischer Untersuchung darbietet, die Art und Weise der Ausbreitung etc. Alsdann wird das Carcinom der Uterushöhle besprochen und die oft schwierige Differenzialdiagnose beim Anblick eines ausgekratzten Stückchens unter dem Microskop. Eine Reihe von Abbildungen dient zur Illustration der mannigfachen Variationen im microskopischen Bild beim Carcinom, Adeno-Carcinom, dem Deciduoma malignum etc., und den verschiedenen Formen der Endometritis andererseits. Die Abbildungen, deren Zahl 310 beträgt, stehen auf der Höhe technischer Fertigkeit und künstlerischer Ausführung. Die Ausstattung des umfangreichen Werkes (fast 700 Seiten) ist elegant.

Lingen.

Goldscheider und Jacob: Handbuch der Physikalischen Therapie. Theil I, Band II. (Leipzig. G. Thieme 1901. 535 S. 15 Mk.).

Es werden wohl ewige Meinungsverschiedenheiten unter den Aerzten bestehen, ob der Einzelne nur mit Luft und Licht, der andere nur mit Wasser, der dritte nur mit Electricität und der vierte nur mit Massage behandeln soll, oder ob diese Specialgebiete von jedem gebildeten und geschulten Arzte mit Erfolg und in ihrer Gesamtheit betrieben werden sollen; jedenfalls steht fest, dass die Technik und Dosirung der physikalischen Heilmethoden, die wissenschaftliche Begründung ihrer Heilwirkungen, ihre Anzeigen und Gegenanzeigen Gemeingut der practischen Aerzte sein müssten.

So verweisen wir denn mit Vergnügen auf die Lieferung des an dieser Stelle schon einmal erwähnten Handbuches, welches uns in Gestalt eines vornehm ausgestatteten, mit 175 Abbildungen versehenen Bandes vorliegt. Derselbe enthält fünf grosse Kapitel, welche folgende Gebiete behandeln:

1) Die Massage aus der Feder der Herren Zabludowski und von Reyher, 2) Die Gymnastik in ihren verschiedenen Anwendungsformen dargestellt von den Herren Zuntz, Zander (Stockholm), P. Jacob und R. Funke (Prag). 3) Die mechanische Orthopädie von Herren Vulpius (Heidelberg) 4) Die Electrotherapie von den Herren Mann (Breslau) und Bernhardt und 5) Die Lichttherapie von Herrn Rieder (München). Man sieht schon aus dieser kurzen Uebersicht, dass die Rollen sich in den Händen von wahren Meistern auf ihrem Gebiete befinden und findet bei näherem Eingehen seine grossen Erwartungen auch voll bestätigt. Die Darstellung ist eine durchweg glänzende und fesselnde, der Gesamtanlage des Werkes angepasste und entsprechende.

Wir sind überzeugt, dass der praktische Arzt, der den modernen Forderungen der Therapie nicht fernbleiben will, in diesem Bande alles das finden wird, was er verspricht und können ihn daher zum Studium bestens empfehlen.

Kallmeyer.

Lehrbuch der inneren Medicin. Herausgegeben von Dr. Freiherr v. Mering, Professor in Halle a. S. — Bearbeitet von Prof. D. Gerhardt in Strassburg, Prof. Gumprecht in Weimar, Prof. His in Leipzig, Prof. Klemperer in Berlin, Prof. Kraus in Graz, Prof. Krehl in Greifswald, Prof. Matthes in Jena, Prof. v. Mehring in Halle, Prof. Minkowski in Köln, Prof. Moritz in München, Prof. Müller in Basel, Prof. Romberg in Marburg, Prof. Stern in Breslau, Prof. Vierordt in Heidelberg. (Jena. Verlag von G. Fischer. 1901.)

Im Gegensatz zu dem umfangreichen von Nothnagel jüngst herausgegebenen Handbuch und dem immerhin noch 5 Bände zählenden von Ebstein und Schwalbe redigirten kürzeren Handbuch der inneren Medicin liegt hier ein einbändiges Werk vor von etwa 1000 Seiten. Es hat den ausgesprochenen Zweck die Vorzüge der grossen Sammelwerke, in denen jede Krankheitsgruppe von den durch eigne Forschung berufensten Autoren bearbeitet wird, mit derjenigen Kürze, die der Student und der vielbeschäftigte practische Arzt fordern müssen, zu vereinigen. Das Wissensgebiet der inneren Medicin hat einen solchen Umfang angenommen und eine derartige Vertiefung gewonnen, dass es die Kräfte des Einzelnen übersteigt, auf allen Gebieten gleich gut orientirt zu sein. Nur der selbstständige Forscher ist im Stande das schier endlose Detail so zu sichten und zu gruppiren, dass das Wichtige und Nothwendige in knapper Form geboten wird und sich zugleich der gegenwärtige Stand unseres theoretischen Wissens und practischen Könnens klar darstellt.

So ist denn ein Sammelwerk entstanden, das wir als Lehrbuch bestens empfehlen können. Es ist die jüngere Generation der deutschen Hochschullehrer die hier auf den Plan tritt und die erfasste Aufgabe trefflich gelöst hat.

Als einen besonderen Vorzug des Buches möchte ich hervorheben, dass die Autoren den einzelnen Abschnitten (Infectionskrankheiten, Lungenkrankheiten, Krankheiten von Herz, Magen, Darm, Leber und Gallenwegen, Harnorganen, Nervenkrankheiten etc.) stets allgemeine Erörterungen vorangeschickt haben, in denen die neuesten allgemein-pathologischen Gesichtspunkte und die modernen klinischen Untersuchungsmethoden kurz auseinander gesetzt werden. So giebt Romberg z. B. zu Beginn des Abschnitts über Infectionskrankheiten einen trefflichen Ueberblick über die moderne Lehre von der Infection und ihrer Ueberwindung im Organismus durch Unschädlichmachung der Bacterien und ihrer Toxine. Krehl spricht zu Beginn der Lehre von den Herzkrankheiten über die Anpassungsfähigkeit des Herzens an die jeweiligen Anforderungen des Kreislaufes (Hypertrophie, Dilatation etc.), über den Einfluss der Muskelbewegungen, des reichlichen Genusses alkoholischer Getränke und der Fettleibigkeit auf das Herz, v. Mehring schildert bei den Magenkrankheiten den Chemismus der Magenverdauung und die chemischen Untersuchungsmethoden derselben, Matthes beginnt den Abschnitt der Darmkrankheiten mit Bemerkungen über die Peristaltik, (Obstipation und Diarrhoe) und die vom Darm ausgehenden Autointoxicationen, Minkowski giebt einen den üblichen engen Rahmen der Leberkrankheiten weit überschreitenden Rundblick, der den meisten älteren Aerzten gewiss ganz neue Einblicke in die Bedeutung der Leber und die Störungen ihrer Functionen eröffnet, Stern bespricht die Nieren-Krankheiten und vergisst hierbei auch nicht die heutigen Tages eine gewichtige Rolle spielende Wanderniere, Moritz giebt im Abschnitt der Nervenkrankheiten einen ganz vortrefflichen ersten allgemeinen Theil, in welchem die Störungen des Nervensystems nach anatomisch-physiologischen Gesichtspunkten dargestellt werden. So macht sich im ganzen Buch das Bestreben geltend das pathologische und klinische Detail unter allgemeine biologische Gesichtspunkte zu bringen und aus der Masse der Einzelheiten zu erweiterten Anschauungen emporzusteigen. Der practische Werth des Buches wird noch dadurch erhöht, dass die klinisch wichtigsten Vergiftungen und ihre Behandlung, aus der Feder von W. His, in demselben Aufnahme gefunden haben und die therapeutische Technik der physikalischen Behandlungsmethoden, die in unserer Zeit neben der Verordnung innerer Medicamente immer mehr an Bedeutung gewinnt durch Gümprecht in einem selbstständigen Abschnitt dargestellt worden ist.

Jeder practische Arzt hat das Bedürfniss, sich ab und zu über den augenblicklichen Stand seiner Wissenschaft, und die Anschauungen zu denen die modernen Forschungen geführt haben zu belehren, und die Medicin der Jetztzeit, die in den letzten 3 J hrzehnten sich so riesig erweitert und verändert hat, verlangt von Allen, die sie ausüben, ein unablässiges Zulernen und Anlernen. Hierzu bietet das vorliegende Buch eine äusserst bequeme und practische Handhabe.

Auch den Studirenden sei es bestens empfohlen, zumal es bei einem Umfang von 1092 Seiten trefflichen Druckes, elegant gebunden, nur 14 Mark kostet.

D—o.

Mittheilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 18. April 1901.

1. Dr. Deubner stellt folgenden Krankheitsfall vor: Patientin, ein 10jähriges Mädchen, klagte ihrer Mutter vor einigen Wochen über unangenehme Sensationen in beiden unteren Extremitäten, Gefühl von Taubsein, Prickeln, auch seien ihre Hände immer kalt. Einige Zeit darauf fiel der Mutter auf, dass die Hände der Patientin auffallend blass waren und sich dabei immer kalt anfühlten. Diese niedrige Temperatur erstreckte sich auch auf die Arme. Vor einigen Tagen nun habe sich eine allmählich immer zunehmende Blaufärbung der Finger bemerkbar gemacht, wobei die extremsten Theile der Finger am dunkelsten gefärbt waren. Auch an den Zehen seien in letzter Zeit abnorme Sensationen aufgetreten und habe sich Kältegefühl bemerkbar gemacht. Vor einigen Monaten habe das Kind einen schweren Keuchhusten durchgemacht; sonst sei es immer ganz gesund gewesen.

Die Eltern sind gesund, ebenso die anderen Geschwister.

Patientin stellte sich vor 14 Tagen in der Kinderambulanz des rothen Kreuzes vor. Sofort in die Augen fallend war eine tief dunkelblaue Verfärbung sämmtlicher Finger. Die Nagelglieder zeigten am intensivsten die Veränderung. Die Haut war daselbst tief blauschwarz, fühlte sich pergamentartig an und bildete an einzelnen Stellen borkenähnliche Verdickungen. Die Hauttemperatur war beträchtlich herabgesetzt, ebenso die Sensibilität. Die mehr centralwärts gelegenen Fingerglieder zeigten dieselben Erscheinungen, aber in geringerer Intensität.

Der Uebergang der Blaufärbung in eine ganz blasse Hautfarbe war ein allmählicher. Es bestand keine Demarcationslinie. Hände und Unterarme auffallend blass und sich kalt anfühlend. An den Zehen nur Blässe der Haut constatirbar.

Sonst zeigte die Patientin die Symptome mässiger Anaemie. Lungen frei: Keine Abnormitäten am Herzen.

Auf Grund dieses Befundes hält Vortragender die Erkrankung für einen Fall Raynaud'scher Krankheit.

Die locale Gangrän sei hier nicht eingetreten, doch komme auch Rückbildung des Processes ohne vorherige Gangränbildung vor. Gegenwärtig sind die localen Symptome schon deutlich im Rückgang, so dass es jetzt wohl nicht mehr zur Bildung von Gangrän kommen werde. Vortragender bespricht noch kurz Pathogenese und Aetiologie der Krankheit.

(Autoreferat).

Dr. R. v. Holst fragt an, ob man bei der kleinen vorgestellten Patientin nicht auch an eine Vergiftung mit Secale corn. denken könne, da die Symptome einer solchen sehr ähnlich wären.

Dr. Deubner glaubt, in diesem speciellen Fall das ausschliessen zu können: ausser den besprochenen Veränderungen an den Phalangen biete die vorgestellte Patientin einen ganz negativen Befund, während sich bei einer Vergiftung mit Secale doch auch noch andere Störungen finden.

Dr. Thilo bittet um Auskunft darüber, durch welche Massnahmen bei der Patientin eine Besserung zu Stande gekommen sei, da die Therapie bei dieser Krankheit seiner Meinung nach doch wohl aussichtslos sei.

Dr. Deubner giebt an, er habe alle diejenigen therapeutischen Proceduren angewandt, welche von massgebender Seite empfohlen werden, so Arsen innerlich, warme Einpackungen, den galv. Strom etc. und müsse die jedenfalls zu constatirende bedeutende Besserung in seinem Fall darauf zurückführen. Wenn Gangrän zu Stande gekommen, kämen chirurgische Eingriffe in Frage.

Dr. M. Schönfeldt erinnert daran, dass eben eine umfassende Monographie «Ueber die Angioneurosen» von Cassirer, 1. Assistenten des Prof. H. Oppenheim in Berlin, erschienen sei, welche alle diese Erkrankungsformen von den leichtesten an ausführlich behandeln.

2. Dr. Thilo hält seinen angekündigten Vortrag: «Die Behandlung der steifen Finger», mit Demonstration. (Veröffentlicht in der Zeitschr. für orthopäd. Chirurgie).

Dr. v. Boehlendorff hebt die Einfachheit der Thiloschen Apparate rühmend hervor; sodann weist er darauf hin, dass Krukenberg schon vorher ähnliche Apparate construirt habe, wo jedoch der Patient selbst mit seiner gesunden Hand die corrigirenden Bewegungen ausführt, durch Zug an dem Handschuh, der über die erkrankte Hand gezogen und an welchem Schnüre zum Ziehen angebracht seien.

Dr. Thilo: Mit dem Krukenberg'schen Apparat könne der Patient nicht lange ziehen; auch müsse die Contractur durch ein Gewicht, nicht mit der Hand, behandelt werden; auf diese Weise geschehe es viel correcter, als wenn der Patient selbst mit der anderen Hand den Zug corrigire.

Dr. v. Boehlendorff: Schon von Bonnet seien ähnliche Apparate angegeben worden, wie die Dr. Thilo'schen.

Dr. Thilo: Die Bonnet'schen Apparate seien nur geeignet, Verrenkungen am Gelenk zu erzeugen; Hermann Meyer habe darauf hingewiesen, dass die Correctur damit zur Bajonnettstellung des Gliedes führen solle.

d. Z. Secretär: Dr. Berkholz.

Vermischtes.

— Der ordentl. Prof. der Kaiserlichen Militär-Medicinischen Akademie Dr. Prshibytek ist zum berathenden Mitgliede des Medicinalconseils des Ministeriums des Innern ernannt worden, unter Belassung in seiner gegenwärtigen Stellung.

— Dem Leibmedicus des Hofes Sr. Kaiserlichen Majestät, Wirkl. Staatsrath Aikanow ist der St. Annen-Orden I. Classe verliehen worden.

— Dem Leiter der chirurgischen Abtheilung des Kaiserlichen Klinischen Instituts der Grossfürstin Helena Pawlowna, Prof. Wirkl. Staatsrath Dr. Gustav Tiling ist der St. Wladimir-Orden III. Classe verliehen worden.

— Dem Leiter der therapeutischen Abtheilung des genannten Instituts Prof. Wirkl. Staatsrath Dr. Michael Afanassjew ist der St. Wladimir-Orden IV. Classe verliehen worden.

— Dem ausseretatmässigen Assistenten des genannten Instituts, Titulärrath Arthur von Wahl ist der St. Stanislaus-Orden III. Classe verliehen worden.

— Der dim. Hofrath Dr. Konjajew ist als ausseretatmässiger älterer Medicinalbeamte beim Medicinaldepartement des Ministeriums des Innern in Dienst gestellt worden.

— Auf den vacanten Lehrstuhl für allgemeine Pathologie an der Moskauer Universität, welcher bisher von Prof. emer. Dr. A. L. Vogt bekleidet wurde, soll, wie Moskauer Blätter melden, der derzeitige Decan der medicinischen Facultät der Neurussischen Universität in Odessa, Prof Dr. Podwyssozki berufen werden.

— Der Professor der St. Wladimir-Universität zu Kiew Dr. S. P. Tomaschewski beging am 20. November das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen und wissenschaftlichen Thätigkeit.

— Der freipracticirende Arzt Dr. W. G. Favre in Charkow feierte am 24. November das 25-jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit.

— Am 1. December beginnen in der Militär-Medicinischen Akademie die Prüfungen zur Erlangung des Grades eines Doctors der Medicin. Die Examinanden sind in sechs Gruppen getheilt. Die Examina finden statt: für die Militärärzte am 1. December d. J., am 14. und 18. Januar 1902; für die Civilärzte — am 3. December d. J. und am 14. und 30. Januar 1902. Von den 177 Examinanden sind 89 Militärärzte und 88 Civilärzte. Als Präsident der Prüfungscommission fungirt der Akademiker Dr. G. E. Rein.

— In der Schweiz wird zur Zeit die Zulassung der Abiturienten der lateinlosen Realschulen zum Studium der Medicin geplant. (Vorher war schon in den Gymnasien das Griechische facultativ). Gegen diese Absicht hat die Versammlung des ärztlichen Centralvereins in Olten am 26. October eine durchaus ablehnende Haltung eingenommen; von den 250 dort anwesenden Aerzten wollte nur einer die Maturität der Realschulen für Medicin gelten lassen. Es wird jetzt eine Urabstimmung der Aerzte über die für den Mediciner zweckmässigste Vorbildung veranstaltet, die den Zweck hat, den Behörden gegenüber die der Neuerung feindliche Stimmung der Majorität der Aerzte zum Ausdruck zu bringen.

— Der «Craig Colony Price» für Originalarbeiten über Epilepsie ist in New-York auf den Bericht der Preiscommission dem Prof. Carlo Ceni in Pavia zuerkannt worden. Der von diesem eingereichte Essai über «Serotherapie bei Epilepsie» wird demnächst veröffentlicht werden. — Ein neuer Preis im Betrage von 200 Pfund für einen noch unveröffentlichten Beitrag zur Pathologie und Therapie der Epilepsie ist zum 30. September 1902 ausgeschrieben. Die Manuscripte sind an Dr. Frederik Peterson, 4 West 50th Street New-York einzusenden.

— Verstorben: 1) Am 30. October im Flecken Teleneschty (Kreis Orgjejew Gouv. Bessarabien) im Alter von 53 Jahren der freipracticirende Arzt Ilja Ossipowitsch Bronstein. Nach Absolvirung des Curses an der St. Wladimir-Universität zu Kiew im Jahre 1876 trat Bronstein als Militärarzt in den Dienst und machte als solcher den letzten russisch-türkischen Krieg mit, war später leitender Arzt des Lazareths in Balta und quittirte im Jahre 1880 den Dienst, worauf er sich in Teleneschty zunächst als Landschafts- und sodann als freipracticirender Arzt niederliess. Der Verstorbene ist auch als medicinischer Schriftsteller mehrfach hervorgetreten. 2) Am 1. November in der Stadt Wjatka der Stadtrichter und Arzt Wladimir Iwanowitsch Tichomirow im Alter von 46 Jahren. Der Verstorbene war ein Zögling der Moskauer Universität, deren Cursus er im Jahre 1879 absolvirte und hierauf als Kreisarzt in Jaransk und Sslobodskoje functionirte. 3) Am 13. Nov. in St. Petersburg im Alter von 54 Jahren Iwan Mokejewitsch Sselesnew; den Arztgrad erhielt er im Jahre 1872. 4) Am 26. November in Giessen der Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Hermann Loehlein, Director der dortigen Frauenklinik, am Hirnschlag. 1847 zu Koburg geboren, machte er sein Studium in Jena und Berlin. 1888 wurde er als Nachfolger Kaltenbach's zum ordentlichen Professor der Geburtshilfe und Frauenheilkunde und Director der Universitäts-Frauenklinik in Giessen berufen. Loehlein hat sich besonders um die Hygieine in der Geburtshilfe verdient gemacht. 5) Am 24. November n. St. der bekannte Kliniker Professor Carl Liebermeister in Tübingen an einem Melanosarkom der Niere. 6) Am 4. December n. St. in Bath Sir William Mac Cormac wohl der erfahrenste Kriegschirurg der Gegenwart.

— Die seit 1858 in Paris bestehende «Association générale des médecins de France» — sie zählt ca. 8500 Mitglieder und hat ein Vermögen von 2,200,000 Francs — die ursprünglich nur ein Unterstützungsverein für arbeitsunfähige Aerzte und die hilfsbedürftigen Wittwen und Waisen von Aerzten war, hat sich jetzt in einen allgemeinen Versicherungsverein verwandelt, der Krankheit, Altersinvalidität und die gewöhnliche Lebensversicherung in den Bereich seiner Thätigkeit zieht und auch die Frauen der Aerzte als Mitglieder aufnimmt. Ein Anzeichen der gedrückten öconomischen Lage, in der sich auch in Frankreich der Aerztestand zur Zeit befindet.
(A. M. C-Z.)

— Hundert belgische Aerzte haben nach der «Köln. Ztg.» eine Genossenschaft zur Herstellung pharmaceutischer Erzeugnisse gebildet und zu dem Zweck je 5000 Francs beigesteuert. Jedenfalls ein Zeichen, dass auch in Belgien die materielle Lage der Aerzte keine rosige ist; es giebt offenbar auch dort Aerzte, die von dem Ertrag ihrer Praxis allein nicht leben können und daher auf Nebenerwerb sinnen müssen.

— Hochherzige Stiftungen haben, der «Allg. Med. Central-Ztg.» zufolge Frau Mangini und Frau Rémond, beide aus Lyon, gemacht. Erstere verschrieb den Civilhospitälern in Lyon ihr Schloss und 300,000 Francs zur Gründung eines Sanatoriums für anämische und chlorotische Frauen aus Lyon und der Umgebung im Alter von 15—20 Jahren, und Letztere ihr ganzes Vermögen, etwas über eine Million Francs, zur Errichtung eines Asyls in Lyon für Neugeborene armer Eltern.

— Ein Verein zur Fürsorge für Geisteskranke wird binnen Kurzem in St. Petersburg gegründet werden. Zahlreiche Gelehrte, Professoren etc. haben bereits ihren Beitritt angemeldet. Zum Besten dieses in Bildung begriffenen Vereins hat ein Unbekannter dieser Tage 25,000 Rbl. gespendet.

— Zum Gedächtniss N. J. Pirogow's fand am 23. November im Saale des Pirogow-Museums unter dem Vorsitz eines Zeitgenossen Pirogow's, des Ober-Medicinalinspectors der Flotte W. S. Kudrin eine vereinigte Sitzung der St. Petersburger russischen Aerztevereine statt. Der Präses verlas zwei Briefe Pirogow's, von denen der eine aus dem Jahre 1837 stammt, während der andere Mittheilungen über den Stand des Medicinalwesens während des Krimkrieges enthält.

— Ein Sanatorium für schwächliche, blutarme und in der Reconvalescenz befindliche Kinder wird von drei Warschauer Aerzten in den Forsten des Gutes Brzegi im Nowominsker Kreise (Gouv. Warschau) in der Nähe von Otwozk errichtet.

— Das bakteriologische Institut beim Neu-Katharinen-Hospital in Moskau hat im Laufe des September-Monats 2033 Flacons Antidiphterie-Serum verabfolgt.

— Den Moskauer städtischen Heilanstalten wird mit Genehmigung des Finanzministeriums für deren Bedarf rectificirter Spiritus aus den Moskauer Kronsniederlagen zu dem für die Landschaftsapotheken festgesetzten Preise, d. i. zu 13½ Kop. pro Grad verabfolgt.

— In Moskau werden gegenwärtig Massnahmen getroffen, um einer etwaigen Einschleppung von Epidemien zu begegnen. Die Moskauer Medicinalverwaltung arbeitet augenblicklich einen vollständigen Plan der sanitären Organisation aus.

— Die Begründung einer Trinker-Heilstätte in Riga, die nach modernen wissenschaftlichen Grundsätzen geleitet werden soll, ist, wie Rigaer Blätter melden, vom Rigaer lettischen Abstinenzverein «Auseklis» beschlossen worden.

— Sämmtliche Gebäude des Hospitals «Kindlein Jesu» in Warschau sind bereits völlig fertiggestellt und werden für die Summe von 2.000,000 Rbl. versichert. Die Bezahlung der Versicherungsprämie erfordert eine jährliche Ausgabe von 1.500 Rbl.

— Pestnachrichten: Die Allerhöchst niedergesetzte Commission zur Verhütung und Bekämpfung der Pest macht bekannt, dass die Städte Alexandria, Port Said und Konstantinopel vom 24. November c. ab als pestfrei erklärt worden sind.
Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 17. Nov. d. J. 8962 (21 mehr als in d. Vorw.), darunter 811 Typhus — (2 mehr), 871 Syphilis — (51 mehr), 411 Scharlach — (6 wen.), 166 Diphtherie — (10 wen.), 60 Masern — (16 wen.) und 7 Pockenkranke — (1 wen. als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 11. bis zum 17. November 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	Im Ganzen: W.	Im Ganzen: Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
378	302	680	115	37	153	16	17	30	69	47	75	53	35	21	10	2

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 1, Typh. abd. 38, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 22, Scharlach 26, Diphtherie 30, Croup 3, Keuchhusten 7, Croupöse Lungenentzündung 20, Erysipelas 6, Grippe 7, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 3, Tuberculose der Lungen 96, Tuberculose anderer Organe 14, Alkoholismus und Delirium tremens 10, Lebensschwäche und Atrophia infantum 39, Marasmus senilis 18, Krankheiten der Verdauungsorgane 54, Todtgeborene 41.

◆ Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 11. December 1901.

Tagesordnung: Heuking: Ueber entzündliche Thrombose des Sinus cavernosus.

Empfang der Mitgliedsbeiträge für das nächste Jahr.

◆ Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 17. December 1901.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Catharine Michelson, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.
Schwester Const. Schmidt, Петерб. ст. Матвѣевская ул. д. 9, кв. 20.
Frau Marie Kubern, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.
Frau Hasenfuss Мал. Подъяческ. д. 14 кв. 15.
Frau Gülzen, W. O., 17 Linie, Haus № 16. Qu. 10.
Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Marie Winkler, уг. Соляного пер. и Пантелеймонской ул. д. 4, кв. 11.

Дозв. ценз. Спб., 1 Декабря 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 49 St. Petersburg, 8. (21.) December **1901**

(Aus der gynaekolog. Abth. des Stadtkrankenhauses zu Riga).

Zur Behandlung der Uterusmyome.

Von

Dr. med. Alexander Keilmann.

(Vortrag, gehalten auf dem XIII. Livl. Aerztetage zu Riga.)

Unsere Stellungnahme in der Behandlung der Uterusmyome wird in neuerer Zeit von zwei Umständen gegenüber älteren Anschauungen wesentlich beeinflusst: erstens von der in allerletzter Zeit bedeutend erweiterten Kenntniss der Pathologie der Myomkrankheit und zweitens von dem bedeutenden Aufschwung den die operative Therapie in ihren Erfolgen zu verzeichnen hat. Dass es Frauen mit Uterusmyomen giebt, die gar keine Beschwerden haben, ist eine nicht zu leugnende Thatsache; allerdings kann man nicht voraussehen, dass sie dauernd beschwerdefrei bleiben und schützt auch der rechtzeitige Eintritt der Menopause nicht vor Enttäuschung.

Als Grundsatz hat aber zu gelten, dass Myome, die bei ausreichender Beobachtung keine Krankheitserscheinungen erkennen lassen in keiner Weise behandelt werden dürfen. Jede Behandlung, insbesondere localer Art, kann durch Blutzufuhr und Reizung eine Förderung des Wachsthums bedingen oder Metamorphosen im Tumor veranlassen, die oft von schwerwiegendem Einfluss auf das Befinden der Kranken werden können. Keine Behandlung, ausser der operativen, ist im Stande ein vorhandenes Myom zum Verschwinden zu bringen, die operative Behandlung aber kann trotz der geringen mit ihr verknüpften Gefahren bei symptomlosen Myomen nicht als berechtigt anerkannt werden, weil die Neubildung an sich mit Recht als gutartig bezeichnet werden muss.

Als Ausnahmefälle kommen hier allenfalls solche in Betracht, die zufällig aus anderen Gründen operirt werden müssen. So habe ich in einem Fall von Ovarialfibrom ein hühnereigrosses subseröses Myom enucleirt; in weiteren Fällen von Pyosalpinx duplex resp. Carcinoma ovarii, die ich mit kleinen Uterusmyomen vergesellschaftet fand, dieselben jedoch nicht weiter berücksichtigt; im erstgenannten Falle musste ich allerdings etwa ein Jahr nach der Exstirpation der beiderseitigen Pyosalpinx wegen trotz der mit der ersten Operation vorgenommenen Castration aufgetretener Blutungen den Uterus vaginal entfernen.

Von 97 im Laufe von 2½ Jahren beobachteten Myomfällen habe ich in 11 vorläufig die Unterlassung jeder

Behandlung empfohlen. In solchen Fällen ist der Rath Olshausens, den Kranken womöglich nichts vom Bestehen eines Gewächses mitzutheilen wohl zu beherzigen, wenn auch die Befolgung dieses Rathes auf gewisse praktische Schwierigkeiten stösst.

Erst wenn Myome Ursache von Krankheitserscheinungen sind, müssen sie behandelt werden. Die von Myomen ausgehenden Symptome gruppirt Theilhaber[1]) in Schmerzen, Blutungen und nervöse Erscheinungen. Letztere können m. A. n. ebenso wie die Erkrankungen des Herzens und die von regressiven Metamorphosen ausgehenden Erscheinungen zur Gruppe der durch Myome veranlassten Allgemeinerkrankungen gezählt werden.

Dass die Schmerzen sich als Contractionsschmerzen, Druckschmerzen mit Störung der Nachbarorgane und peritonitische Schmerzen unterscheiden lassen, darin kann man Theilhaber im Allgemeinen beistimmen. Die Schmerzen sind oft eine Zeit lang symptomatischer Behandlung zugänglich und können, sofern es peritonitische sind, auch schwinden.

Was die Blutungen betrifft, so stehen sie von Alters her im Vordergrunde des Krankheitsbildes und bilden mit ihren allgemeinen Folgeerscheinungen in der That das häufigste Symptom. Jedoch können abnorme Blutungen auch bei behandlungsbedürftigen Myomen völlig fehlen, wie selbst im Klimakterium bei vollkommener Amenorrhoe schwere Krankheitserscheinungen von Myomen ausgehen können. In nicht weniger, als 29 Myomfällen (d. h. fast eben so viel pCt.) konnte ich das Fehlen abnormer Blutungen feststellen. Von diesen 29 Fällen mussten 15 wegen anderer Beschwerden operativ behandelt werden.

Auf Schrumpfung der Myome und Nachlass der von ihnen ausgehenden Symptome, sowie auf Sistirung der Blutung rechnet man im Allgemeinen, wenn es gelingt die Kranken mit den nachher zu besprechenden Mitteln bis in die Zeit des Klimakteriums bei Kräften zu erhalten. Dieses ist eine allgemeine Anschauung, die bei der Indicationsstellung ärztlicherseits stets stark ins Gewicht fällt. Die Thatsache nun, dass von 95 Myomfällen meiner Beobachtung 35 erst nach dem 45. Jahre, 19 sogar erst nach dem 50. Jahre sich vorstellten und z. Th. eingreifenden Behandlungen unterzogen werden mussten, hat mich veranlasst über das Befinden Myomkranker im Klimakterium in der Literatur einige Daten zu sammeln. In guter Uebereinstimmung mit meinen Erfahrungen fand ich, dass eine Reihe von Autoren (Rosthorn, Peter Müller, Leopold Meyer u. A.) den günstigen Einfluss des Klimakteriums auf die Myomkrankheit in vielen Fällen vermisst haben. Insbesondere wird übereinstimmend constatirt, dass die mehr oder weniger abundanten Blutungen oft scheinbar im Typus der Menstruation wohl nie vor dem 5. Jahrzehnt des Lebens (im 53—55 Lebensjahr) aufhören. Dabei müssen wir uns vergegenwärtigen, dass Weber[2]) für Petersburg das 45., Mayr für Berlin das 46. Lebensjahr als Durchschnittszeit für den Eintritt der Menopause berechnet hat. Die Verlängerung der Blutverluste um einige Jahre ist in diesem Alter nicht ohne Bedeutung.

Aus meiner Erfahrung kann ich sogar über die Wiederkehr der Blutung nach längerer Pause berichten. Ausser in dem vorhin erwähnten Falle gab auch im folgenden die Wiederkehr der Blutung nach 1jähriger Pause bei der 51jährigen Patientin Anlass zur operativen Entfernung der Neubildung:

Pat. hat 3 Mal geboren, behauptet stets gesund gewesen zu sein. Letzte Blutung vor einem Jahre nach 1/2jähriger Pause; dieselbe soll stark gewesen. In den letzten Monaten hatten sich leichte Schmerzen eingestellt und seit einigen Wochen (angeblich nach einer bimanuellen Untersuchung) bestand leichte Blutung auf welche Pat. ihr auffallende Schwäche zurückführte. Seit 4 Wochen war Pat. sich einer harten Geschwulst im Leibe bewusst.

Pat. war blass und von pastösem Aussehen. Lungen und Herz gesund, Nieren desgleichen. Im Abdomen eine bis über den Nabel reichende harte Tumormasse. Bimanuell liess sich der bis auf Kindeskopfgrösse vergrösserte Uterus, an ihm ein faustgrosser subseröser beweglicher Tumor und ausserdem noch in der rechten Seite ein unbeweglicher deutlich fluctuirender Tumor nachweisen. Cavumlänge 20 Cm. Die Sondirung ergab ein gleichmässiges, glattwandiges Cavum und ich gab mich der Hoffnung hin, durch eine Abrasio mucosae die Blutung sistiren zu können und damit eine grössere Operation eventuell ganz zu umgehen oder doch wenigstens den Allgemeinzustand der Pat. vorher zu heben. Am 9. August 1900 führte ich in Anschluss an die Sondirung ohne Narcose das Curettement aus und konnte danach auch die Abwesenheit von Corpuscarcinom erweisen. Allein die Blutung hörte nicht auf, so dass ich am 24. August die Laparotomie machte, den Uterus sammt beiden Myomen amputirte, den Ovarialtumor desgleichen entfernte und den kleinen Cervixstumpf mit Peritoneum übernähte. Die beiden Myome wogen 2090 gr., das grössere sass intramural. Heilungsverlauf ohne Störung: höchste Temp. 37,4, am 3. Tage Flatus, Puls gleichmässig gut.

Pat. verliess nach 16 Tagen das Bett und nach weiteren 2 Wochen, gut erholt, die Anstalt.

Nachdem neben Leopold Meyer besonders Peter Müller im Jahre 1891 auf dem Bonner Congress auf die im klimakterischen Alter häufig vorkommenden Myombeschwerden hingewiesen, betonen in neuerer Zeit Hofmeier[3]), Rosthorn[4]) Fritsch[5]) das relativ häufige Weiterwachsen der Myome im fraglichen Alter der Patientin; ja in einzelnen Fällen beginne die Geschwulst erst zu wachsen, nachdem die Blutung bereits sistirt hatte. Peter Müller hat 10 derartige Fälle publicirt. Auch mir steht ein nach dieser Richtung instructiver Fall zur Verfügung, der insofern besonders beachtenswerth ist, als sein Verlauf durch eine auf mehr als 10 Jahre zurückreichende objective Beobachtung des Herrn Collegen von Stryk controllirt ist.

Die Pat. war 59 a. n. und hat seit dem Jahre 1893 keinerlei Blutung gehabt. 1889 nur ein kleines Uterusmyom v. D. v. St. festgestellt worden. Beschwerden waren damals vorhanden gewesen, doch waren sie nicht bedeutend, und haben erst in den letzten Jahren zugenommen. 1901 präsentirte sich das Myom als ein bis über den Nabel reichender Tumor, der durch seine Grösse und Schwere rein mechanische Beschwerden machte; die Pat. konnte weder sitzen noch liegen und musste diesem unerträglichen Zustande durch Entfernung der Geschwulst ein Ende gemacht werden. Diese Indication wurde von Herrn Collegen von Stryk in absoluter Weise gestellt und von der Patientin ohne Weiteres acceptirt. Die Operation die ich im April 1901 ausgeführt habe, war durch sehr fette Bauchdecken recht erschwert; der Tumor, der in diesem Falle durch eine breite Netzadhäsion offenbar ernährt worden war, wog ca. 4000 Gr., zeigte keinerlei Degenerationen, sondern war ein mannskopfgrosses solitäres Fundusmyom von auffallendem Blutreichthum. Trotz völlig fieberlosem Verlauf (höchste Temp. am 3. Abend 37,5; Flatus nach 2 Mal 24 Stunden) war wegen gestörter Bauchdeckenheilung erst nach 6 Wochen ein Aufgeben der horizontalen Lage zulässig, was Frauen in diesem Alter nicht immer so gut vertragen, wie diese 59jährige Virgo.

Wenn in letzterem Falle das Myom bereits vor Jahren Störungen veranlasst hat, so sind im anderen Falle überhaupt erst nach Cessiren der Menses Beschwerden aufgetreten. Schauta[6]) der in der Wiener Gesellschaft einen hierhergehörigen Fall besprach, äusserte sich desgleichen dahin, dass Myombeschwerden durchaus nicht immer im Klimakterium weichen und zeigte durch Vorlegung eines Falles, dass schwere Beschwerden im klimakterischen Alter auftreten können bei Myomkranken,

[1]) cf. Vortrag auf dem VIII. Congress d. Deutschen Ges. für Gyn. zu Berlin 1899.
[2]) Ploss: Das Weib. Grieben, Leipzig 1897 pag. 534.
[3]) Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. V.
[4]) Verh. d. VIII. Congresses d. D. Ges. für Gyn.
[5]) Lehrbuch.
[6]) Ctrlblt. f. Gyn. 1900 Nr. 26.

die vorher scheinbar ganz gesund waren. Im Schauta'schen Falle entwickelte sich neben plötzlich auftretenden Schmerzen ein ausgesprochenes Bild der Kachexie, das ihn zur Annahme maligner Degeneration d. h. von Sarcombildung brachte. Es erwies sich jedoch, dass dieses nicht der Fall war, sondern der Tumor zeigte nur Oedem und centrale Necrose; Schauta ist daher um Erklärung der Kachexie in Verlegenheit und giebt der Vermuthung Ausdruck, dass es sich in solchen Fällen um eine Intoxication handele.

Auch Freund[7]) sah den Vorgang der centralen Necrose von einer ausgesprochenen Kachexie begleitet; da Kachexie sich meist aus Anämie und Sepsis zusammensetze, letztere jedoch in seinem Falle ausgeschlossen sei, nehme auch er Intoxication an, und glaube diese Annahme durch den Nachweis von Aceton im Urin weiter stützen zu können. Ein in dieser Hinsicht ausserordentlich werthvolles Präparat konnte ich als drittes den Theilnehmern des XIII. livl. Aerztetages während der klinischen Demonstrationssitzung am 19. Juni 1901 vorlegen. Dieses Präparat bietet in ausgesprochener Weise die von Schauta und Freund festgestellten Merkmale der centralen Necrose und die Krankheitsgeschichte bestätigt das von Freund dargestellte klinische Bild, indem sie noch ein neues, vielleicht nicht werthloses Argument für die Anschauungen Schauta's und Freund's hinzubringt. Sie sei deshalb hier mitgetheilt:

Pat. war 11 Jahre steril verheirathet; die Periode verlief stets regelmässig, nur gelegentlich mit geringen Schmerzen und mit mässiger Blutung. Im Laufe der Jahre war Pat. wegen leichter Unterleibsbeschwerden wiederholt gynäcologisch untersucht worden und sei hier nur hervorgehoben, dass, wie mir von competenter Seite brieflich mitgetheilt war, vor ca. 2½ Jahren von Myombildung nichts nachweisbar gewesen sei. Seit ungefähr einem Jahre kränkelt Pat., indem sich bald diese, bald jene Krankheitserscheinungen zeigten. Mit grauer Gesichtsfarbe, wechselnden Verdauungsstörungen, schlechtem Appetit litt Pat. besonders an heftigen Kopfschmerzen und immer häufiger auftretenden Schmerzen in den Extremitäten, besonders den untern; trotz vielfacher Curen wichen diese sehr quälenden Schmerzen nicht und begann Pat. sie als unheilbar anzusehen. Plötzlich auftretende, sehr heftige Schmerzen im Unterleibe, die im Laufe zweier Tage nicht schwinden wollten, veranlassten wiederum eine gynäcologische Untersuchung, bei der ich einen etwa kindskopfgrossen Tumor der vorderen Uteruswand neben einem rechtsseitigen subserösen Knollen feststellte. Der Tumor war völlig unbeweglich. Sehr heftige Schmerzen namentlich im linken Oberschenkel konnten durch Berührung der Aussenseite ausgelöst werden, die Temperatur war normal, der Urin enthielt Spuren von Eiweiss; Zeichen von Anämie waren nicht vorhanden, doch sah Pat. entschieden krank aus: die Gesichtsfarbe war fahl, die Züge scharf, die Musculatur schlaff, das Fettpolster reducirt. Herz und Lungen waren normal. Die Schmerzen waren selbst durch grössere Dosen von Morph. und Opium nur für Stunden zu lindern und ich rieth daher zur operativen Entfernung des Tumors, den ich für den gesammten Krankheitszustand verantwortlich machen zu müssen glaubte.

Die Laparomyomotomie war wegen der geringen Beweglichkeit technisch schwer, und musste der Amputation des Uterus die Enucleation des Haupttumors vorausgehen. Der vollkommen runde Tumor hatte die Grösse einer Mannesfaust; auf dem Durchschnitt zeigte er stark ödematöse Durchtränkung und eine nach innen zunehmende graue Verfärbung; im Centrum fanden sich eine haselnussgrosse und eine wallnussgrosse unregelmässige Höhle die grauweisse trübe Flüssigkeit und einige etwa bohnengrosse Gewebsstücke enthielten, die durch Brücken mit dem Tumor resp. der Höhlenwand in Verbindung standen. Die Narcose hatte die Pat. auffallend schlecht vertragen, indem das Bewusstsein spät wiederkehrte und der Puls sich erst im Verlauf zweier Tage erholte; auch das Erbrechen wich vollkommen erst am 3. Tage; sonst war der Heilungsverlauf nicht gestört. insbesondere blieb die Temperatur und Darmfunction und in der Folge auch der Puls normal. Im Laufe des 2wöchigen Liegens erholte sich Pat. in auffallender Weise: der Appetit steigerte sich sehr erheblich, das subjective Befinden war in der zweiten Woche ausgezeichnet und betont Pat. wiederholt, dass sie sich lange vor der Operation nicht so wohl gefühlt habe, auch nahm die Haut einen gesunderen Farbenton an; die Nervenschmerzen kehrten noch einige Male in schwächerer Form und kurzer Dauer wieder um schliesslich ganz zu verschwinden. Im Verlauf einiger Monate entwickelte sich das Bild voller Gesundheit.

Epikritisch darf aus dieser Krankheitsgeschichte hervorgehoben werden, dass eine ausgesprochene «Myomkachexie» ohne Anämie sich entwickelt hatte und nach Eliminirung des Giftherdes prompt verschwand. Insbesondere veränderten sich die Magendarmfunctionen in günstigster Weise (Freund). Die «Nervenschmerzen» endlich möchte ich als Intoxicationsneuritis deuten, zumal auch sie nach der Operation (jetzt mehr als ½ Jahr) definitiv geschwunden sind. Als Ursache der Nekrose muss das schnelle Wachsthum des Tumors (conf. Anamnese) resp. die dadurch veranlasste Kapselspannung und deren Folgen d. i. beeinträchtigte Nahrungszufuhr angesprochen werden; der Effect war Oedem und des Weiteren Necrose.

Die Unterernährung des Tumors, von der wir insbesondere im Klimakterium die Schrumpfung der Geschwulst erhoffen, hat viel häufiger regressive Metamorphosen zur Folge: ausser der centralen Necrose auch Verjauchung; 4 Fälle meiner Beobachtung waren verjauchte Myome mit entsprechenden Allgemeinerscheinungen; 3 von diesen Patientinnen hatten das 50. Lebensjahr bereits überschritten (nicht berücksichtigt sind hierbei die polypösen Myome, die, mit der Aussenwelt in Berührung, in relativ grösserer Zahl oberflächliche Necrose und Fäulnissvorgänge zeigen).

Solche regressiven Processe in den Tumoren setzen nun gelegentlich bis an die Oberfläche reichende Reize, die zu Verklebungen mit Nachbarorganen, besonders mit dem Netz führen und auf diese Weise eröffnen sich neue Zufuhrwege für die Ernährung, die wiederum lebhaften Fortschritt des Wachsthums bedingen können. Diese paradoxe Wechselwirkung, bei der die Unterernährung gerade die Ueberernährung veranlasst, wird noch interessanter, indem das nunmehr oft sehr excessive Wachsthum Kapselspannung und als Folge Oedem zu Wege bringt, womit der Eintritt von neuen Necrosen begünstigt werden kann. Kommt nun auf irgend einem Wege eine Infection dazu, so kann eine ausgiebige Verjauchung nicht ausbleiben.

Als günstigste Metamorphose der Myome ist die Durchsetzung der Tumoren mit Kalksalzen, die Bildung der sogenannten Uterussteine anzusehen, doch muss dieselbe einerseits als selten bezeichnet werden, andererseits bin ich in der Lage auch Ungünstiges über verkalkte Myome berichten zu können. Nur 3 derartige Fälle sind mir begegnet: in einem Falle habe ich in Anlass eines Cervixcarcinoms bei einer 61jährigen Patientin den Uterus exstirpirt und fand in diesem 2 verkalkte Myome, die nie irgendwelche Symptome gemacht hatten; im zweiten Falle musste der myomatöse Uterus wegen Blutung exstirpirt werden und fand sich unter den vorhandenen 3 isolirten Tumoren einer von Wallnussgrösse völlig verkalkt. Im dritten Falle wurde ein verkalktes intramurales Myom zur Ursache einer runden Schleimhautnecrose, die ihrerseits zu Blutung führte, nachdem bereits seit ca. 10 Jahren Menopause bestanden hatte; da sich unterdessen eine Atresie des Os externum ausgebildet hatte, kam es zur Bildung einer Hämatometra; dieser Fall soll wegen seiner Seltenheit an anderem Orte ausführlich besprochen werden.

Hinsichtlich maligner Degeneration sei kurz bemerkt, dass die Möglichkeit sarcomatöser Umwandlung abgesehen von älterer Erfahrung neuerdings von Pick[8]) erwiesen ist, während der Zusammenhang von Myom und Carcinom noch weiterer Klärung bedarf. In den

[7]) Ctrlblt. für Gyn. 1900 Nr. 40.

[8]) Arch. f. Gyn. Bd. XLVIII.

bisher bekannten Fällen kann sehr wohl ein zufälliges Zusammentreffen zweier selbstständiger Krankheiten angenommen werden (cf. Rosthorn's[9]) Besprechung der in der Wiener Gesellschaft für Gynäkologie mitgetheilten 6 Fälle, sowie der Fälle von Jacobs und Kaufmann). In der von mir beobachteten Reihe sind mir 2 Fälle von Sarcomen begegnet, deren Entstehung aus Myomen anamnestisch wahrscheinlich ist; Carcinom der Portio am myomatösen Uterus habe ich in einem Falle gesehen, neben Carcinom der Ovarien fand ich Uterusmyom in 2 Fällen.

Da maligne Degenerationen, soweit sie vorkommen können, desgleichen eher in höherem Alter zu fürchten sind, wird man mit auch aus diesem Grunde bei der Behandlung myomkranker Frauen die Hoffnung auf das Klimakterium herabsetzen und die Prognose für zweifelhaft halten müssen.

Die in neuerer Zeit ausgiebigere Gelegenheit zu anatomischen Beobachtungen neben den klinischen hat uns wesentlich neue Gesichtspuncte für die Beurtheilung der Myomkrankheit gegeben und habe ich mir erlaubt dieselben etwas ausführlicher zu besprechen, weil sie meiner Ansicht nach sehr wesentlich die ärztliche Stellungnahme beeinflussen müssen. Bei der Wahl der zweckmässigen Behandlung müssen sie um so mehr ins Gewicht fallen, als die dargelegten Beobachtungen z. Th. die traditionellen Anschauungen wesentlich modificiren und im Verein mit den modernen Errungenschaften der operativen Therapie auf die Indicationsstellung von entscheidendem Einfluss sein können.

Hinsichtlich der uns zu Gebote stehenden Mittel zur Bekämpfung bestehender Myombeschwerden kann man dieselben in medicamentöse, locale nicht operative und operative gruppiren.

Die erste Gruppe umfasst neben den Narcotica hauptsächlich die blutstillenden Mittel, d. h. Secale und seine Präparate, Hydrastis und Stypticin, wobei dem Secale gelegentlich die Aufgabe, den Tumor zu verkleinern, zugewiesen wird.

Um mit wenigen Worten den Werth der einzelnen Mittel zu beleuchten, will ich hervorheben, dass die Hildebrandt'sche Verwendung von Ergotin (Erg. 2.0, Aq. dest. 8.0, Acid. boric. 0.5, tägl. 1 Spritze subcut.) die weiteste Verbreitung gefunden hat und dass Schatz Hydrastis und Secale bis zu 4.0—5.0 täglich per os Wochen bis Jahre lang anzuwenden empfiehlt und dabei in manchem Fall eine operative Behandlung umgangen zu haben glaubt.

Zweifel und Rosthorn dagegen bestreiten nicht nur den Nutzen irgendwelcher medicamentöser Behandlung, sondern letzterer warnt sogar vor protahirter symptomatischer Behandlung überhaupt. Bemerkenswerth sind die Ansichten von Landau[10]) und von Ott, die langdauernder Secalebehandlung eine schädliche Wirkung auf die Gefässe und insbesondere auf das Herz zuschreiben und den schlechten Ausgang manches Falles, der schliesslich doch operirt werden muss, dieser Vorbehandlung zur Last legen. Dass dem Gebrauch von Secalepräparaten Erscheinungen von Ergotismus und local auch Necrose und Verjauchung folgen, betont andererseits auch Fritsch in seinem Lehrbuch. In meine Beobachtung kommen die Fälle meist schon vorbehandelt oder sonst mit strenger Indication, so dass ich zur Anwendung genannter Mittel selten Gelegenheit hatte; einen so nennenswerthen Erfolg habe ich nie gesehen und in manchem Falle halte ich es direct für falsch durch Verschreibung von Recepten die im Interesse der Kranken unumgängliche Operation auf einen ungünstigeren Zeitpunct hinauszuschieben.

[9]) Verh. d. D. Ges. für Gyn. Bd. VIII.
[10]) Ctrlbltt f. Gyn. 1889. Nr. 11.

Hinsichtlich der Electricität, die Apostoli in den 70er Jahren mit ans Wunderbare grenzenden Heilerfolgen empfohlen, sei bemerkt, dass die Zahl ihrer Vertheidiger sehr zusammengeschmolzen ist und in letzter Zeit z. B. Rosthorn[11]), Zweifel, Chrobak sehr entschieden gegen dieselbe sich ausgesprochen haben. Bröse, der in seiner Monographie[12]) vom Jahre 1892 recht warm für die elektrische Behandlung eintritt, äusserte sich 1899 in Berlin sehr ausführlich über die Gründe, die ihn nunmehr zwingen den entgegengesetzten Standpunct einzunehmen; ein wichtiger Umstand, der auch bei den Ausführungen Temesvarys[13]) 1890 eine Rolle spielt, ist die damalige Operationsmortalität von 30—10 pCt., während wir heutzutage mit einer Mortalität von 1—5 pCt. nach Myomoperationen rechnen dürfen.

Ueber die Massage äussert sich Veit in seinem Handbuch Bd. II. p. 276 folgendermassen: «Unter den sonst angegebenen Behandlungsmethoden befinden sich manche, die völlig werthlos sind; hier nenne ich besonders die Massage, die u. A. von Freudenberg und Picherius empfohlen ist. Die Autoren befinden sich in einem bedenklichen Irrthum, wenn sie Erfolge gesehen zu haben glauben; ebenso wird das Verfahren von Horwitz, durch Saugen an der Brustwarze Verkleinerung des Myoms herbeizuführen, keine Nachfolger finden». Nicht einmal Thure Brandt[14]) tritt für die Massage der Myome ein; er habe Myome des Uterus in zahlreichen Fällen und zwar manche in langer Dauer (mehrere Monate) behandelt «ohne grosse Freude damit zu erleben». Ohne noch weitere Zeugnisse für die Nutzlosigkeit der Massage beizubringen, kann man es wohl für unzulässig halten, dass behandlungsbedürftigen Myomen durch lange Massagecuren die nutzbringende Behandlung vorenthalten wird.

Besonders erwähnt werden müssen hier als localsymptomatische Behandlungsmethoden die durch Pincus laute Bemühungen bekannt gewordene Atmocausis (Vaporisation) und die Abrasio mucosae.

Wie man im Allgemeinen über die Atmocausis auch urtheilen mag, bezüglich der myomatösen Uteri sind alle Autoren darin einig, dass bei diesen die Vaporisation nur angewandt werden darf, wenn die Uterushöhle durch submucöse Myome nicht verunstaltet ist; dieses muss also unbedingt vorher festgestellt werden. Des Weiteren sind aber neben anderen schlimmen Folgen der Atmocausis von Prochownik in einem besonderen Vortrage auf dem VIII. Congress der D. Ges. f. Gyn. Mittheilungen über die ausserordentlich verschiedene und daher unzuverlässige Wirkung der Vaporisation gemacht worden und 2 Beobachtungen über ausgedehnte Thrombosirung der Beckenvenen bis in die Cava hinauf referirt, die sich im Anschluss an die Atmocausis myomatöser Uteri fanden. Diese Erfahrung giebt Prochownik mit Recht Veranlassung hinsichtlich der Atmocausis myomatöser Uteri zu warnen. Die bedeutsame Thatsache, dass in den im Druck 100 Seiten umfassenden Referaten und Aeusserungen der competentesten Gynäkologen auf dem VIII. Congress die Vaporisation in der Myombehandlung überhaupt nicht in Betracht gezogen wurde, trotzdem schon 2—3 Jahre vorher die Trommel für die Atmocausis von Danzig aus lebhaft gerührt worden ist, giebt mir das Recht es an obigen Hinweisen genügen zu lassen.

Die Abrasio wird man in der Behandlung der Myome nicht missen können, doch wird man bei der Indications-

[11]) Auf dem VIII. Congress d. D. Ges. f. Gyn.
[12]) Die galv. Beh. d. Fibromyome des Uterus. Berlin Fischer 1892.
[13]) Ueber die Anwendung d. Electr. bei Frauenkrankh. Klin. Zeit- und Streitfragen Braumüller, Wien 1890.
[14]) Behandl. d. weibl. Geschlechtskrankh. Berlin. Kornfeld.

stellung der in Folge des Curettements von Schroeder beobachteten Verjauchungen von interstitiellen Myomen eingedenk bleiben, wie auch des Umstandes, dass Zweifel[15]) unter anderen üblen Zufällen eine Peritonitis mit letalem Ausgang auf Infection von einem Myom aus bezieht, nachdem die Abrasio mucosae ausgeführt worden war. Für die gelegentliche Anwendung der Abrasio tritt Chrobak ein, während Löhlein und Olshausen diese kleine Operation zwecks Stillung der Blutung oft für recht werthvoll halten, da in manchem Falle die Wirkung bis zu 2 Jahren anhielte. Bei kleinem nicht wesentlich in seiner Gestalt verändertem Uterus habe ich auch mehrfach die Abrasio als Mittel die abundanten Blutungen zu mildern angewandt, wo ich mich wegen Jugend der Frau oder anderer Gründe zur Radicaloperation nicht entschliessen konnte; in 6 Fällen habe ich bei bestehenden Myomen das Curettement vorgenommen, 3 Mal war dieses von anderer Seite ausgeführt, ehe die Frauen in meine Behandlung kamen. In allen 9 Fällen musste ich schliesslich doch die Radicaloperation folgen lassen; die längste Dauer des Erfolges betrug in einem Falle 8 Monate. Auch Treub[16]) berichtet über Myomoperationen, die er trotz vorheriger Abrasio machen musste.

Im Ganzen kann es keinem Zweifel unterliegen, dass keins der genannten Mittel geeignet ist, eine Heilung von Myomen herbeizuführen, dass einigen in symptomatischer oder palliativer Hinsicht ein gewisser Werth zugestanden werden kann, endlich aber auch dass manchen dieser Behandlungsmethoden Gefahren anhaften, die oft grösser als die heutzutage mit der Radicaloperation verbundenen sind; wo also eine durchgreifende Behandlung nothwendig ist, wird man ausschliesslich auf die Operation angewiesen sein.

Welche Operation zu wählen ist, muss sich aus der Beurtheilung des einzelnen Falles ergeben; einen Typus der Myomoperation giebt es nicht, wenn auch die Häufigkeit des einen oder anderen Operationsmodus im Vordergrunde steht. Trennt man die Gruppen der abdominalen und vaginalen Operationen, so theilen sich diese Gruppen weiter in eine Reihe von Unterabtheilungen.

Allgemein acceptirt ist der Grundsatz, dass in den Fällen, in denen eine operative Heilung auf vaginalem Wege nach Lage und Grösse der Tumoren möglich ist, dieser Weg gewählt wird, wenn auch die Vortheile der vaginalen Exstirpation des Uterus gegenüber der abdominellen nach den neuesten Statistiken nicht mehr so gross erscheinen als früher, Ob nur eine Abtragung des gestielten Tumors oder eine Enucleation oder eine Totalexstirpation des Uterus vorgenommen werden muss, ist allein vom einzelnen Fall abhängig. Anders liegt die Frage bei den abdominalen Operationen, wo, abgesehen von der Castration und der den Uterus conservirenden Enucleation isolirter Tumoren, zwei in technischer Hinsicht vielfachen Modificationen unterworfene Typen concurriren: einerseits die supravaginale Amputation (Chrobak) resp. die Myomectomie mit Resection des Uterus (Zweifel), andererseits die abdominale Totalexstirpation. Wenn auch für gewisse Fälle (z. B. tiefsitzende Cervixmyome) letztere allein in Betracht kommt, so liesse sie sich doch auch in allen Fällen durchführen, in denen der erstgenannte Operationsmodus ausführbar ist. Die deutschen Operateure bilden in dieser Beziehung 2, wenn auch nicht streng geschiedene Lager. Aus den Verhandlungen des VIII. Gynäkologen-Congresses jedoch kann man ersehen, dass die Anhänger der supravaginalen Amputation zahlreicher sind als die der bedingungslosen Totalexstirpation.

Ich glaube mich in dieser Frage der Majorität der Autoren anschliessen zu dürfen auf Grund meiner eigenen Erfahrung sowohl als auch auf der von verschiedenen Seiten begründeten theoretischen Ueberlegung.

Unter den 28 Laparotomien[17]), die ich bei myomkranken Frauen in $2^1/_2$ Jahren ausgeführt habe, habe ich 22 Mal mit Zurücklassung eines Cervixstumpfes operirt und darf mit dem Erfolge zufrieden sein, weil ich nicht nur keinen Todesfall zu beklagen habe, sondern der Heilungsverlauf auch nur ausnahmsweise mit vereinzelten Temperatursteigerungen einherging. Während ich die Lehren Zweifel's als in erster Reihe massgebend für die Stellungnahme gegenüber der Myomotomie halte, habe ich die Zweifel'sche Partienligatur jedoch nur 1 Mal angewandt und darf mit obengenannten Zahlen die Ansicht stützen, dass die glänzende Statistik Zweifel's nicht auf der Anwendung dieser Ligaturmethode beruht.

Für die Wahl der Myomectomie mit Resection des Uterus i. e. für die Zurücklassung eines Cervixstumpfes mit retroperitonealer Versorgung können folgende Gründe angeführt werden:

1. ist die Operation hierbei technisch leichter und damit für die Kranke mit geringeren unmittelbaren Gefahren verknüpft. Auch kann Wunde und Abdomen ohne Drainage geschlossen werden.
2. bietet der keimfreie Cervicalcanal grössere Garantie gegen die Infection des Peritoneums resp. des Operationsgebietes als die desinficirte Vagina.
3. bleibt die Scheide (bei Frauen die verheirathet oder noch heirathsfähig sind) vollkommener functionsfähig, wenn das ganze Gewölbe und die Vaginaportion erhalten ist, als wenn der Fornix seines natürlichen sicheren Abschlusses beraubt und verstümmelt ist. Die Drüsenfunction im Cervixrest ist hierbei desgleichen von Bedeutung.
4. kommt die Lehre Zweifel's[18]), dass die Erhaltung eines Theiles der Uterusschleimhaut die Functionsfähigkeit des zurückgelassenen Ovariums zwecks Verhinderung der Ausfallserscheinungen unterstützt in Betracht. Zwar bekämpft Werth[19]) diese Auffassung und legt mehr Gewicht auf die Erhaltung der für das Ovarium wichtigen Blutbahnen, doch sind wir in der glücklichen Lage in praxi beide Gesichtspunkte berücksichtigen zu können.

Während meine Statistik für die Richtigkeit der ad 1 und 2 genannten Auffassungen spricht, habe ich auch in Bezug auf die Gründe 3 und 4 günstige Erfahrungen gemacht; jedenfalls glaube ich, dass in Rücksicht auf den weiteren Erfolg der Operation die genannten Gesichtspuncte nicht ausser Acht gelassen werden dürfen.

Ausfallserscheinungen in den ersten Monaten nach der Operation habe ich nur dann gesehen, wenn aus irgend welchen Gründen die Ovarien mit entfernt werden mussten, dagegen sind mehrere Fälle meiner Beobachtung jetzt bald 1 Jahr frei von jeglichen nervösen Symptomen; eine 33jährige Virgo, die ich im Zustande hochgradiger Anämie (nachdem in 4 Jahren alle Mittel gegen die profusen Menorrhagien erfolglos geblieben waren) operiren musste, hat nach der Operation in

[15]) cf. Verh. d. VIII. Congresses d. D. Ges. f. Gyn.
[16]) Centralbl. f. Gyn. 1900.

[17]) Anm. in 1. Falle habe ich den Stiel extraperitoneal behandeln müssen, in 3 Fällen habe ich solitäre Tumoren enucleirt (1 Todesfall an Verblutung) und in 2 Fällen habe ich es bei doppelseitiger Pyosalpinx resp. Ovarialcarcinom an der Castration genügen lassen, weil die kleinen Myome bis dahin keine Symptome machten.
[18]) Verh. d. VIII. Congr. d. D. Ges. f. Gyn.
[19]) Ibidem.

4wöchigen Pausen leichte blutige Absonderung ohne irgend welche Beschwerden und hat sich im Laufe des Sommers dabei ausgezeichnet erholt, ohne vorläufig irgend welche Ausfallserscheinungen kennen gelernt zu haben. Die an mich in diesem Falle gerichtete Frage nach der etwaigen Heirathsfähigkeit habe ich bejaht, natürlich mit dem Hinweise, dass Nachkommenschaft ausgeschlossen sei. Eine andere verheirathete Frau ist aus rein mechanischen Gründen erst nach der Entfernung des Tumors cohabitationsfähig geworden und erfreut sich jetzt fast ein Jahr nach der Operation bei Erhaltung der Ovarien und eines vollkommenen Scheidengewölbes auch subjectiv dieser Fähigkeit in ungetrübter Weise. Die Scheide fand ich bei der letzten Untersuchung feucht und normal gestaltet.

Somit scheint es mir richtig, dass ceteris paribus die Uterusamputation der Exstirpation vorgezogen werde und in jedem Falle auf die Erhaltung wenigstens eines Ovariums Bedacht genommen werden müsse.

Diese letztere Rücksicht ist auch bei den vaginalen Uterusexstirpationen meinerseits stets genommen worden.

Von 31 vaginalen Myomoperationen habe ich in 21 Fällen den Uterus total exstirpirt und dabei 2 Todesfälle zu verzeichnen. Die eine Frau wurde im Zustande extremer Anämie eingebracht und überlebte den relativ leichten Eingriff nur Stunden; die Autopsie (Dr. Schabert) ergab ausser allgemeiner hochgradiger Anämie kein als Todesursache anzusprechendes Moment; die zweite starb am 5. Tage post operationem an Sepsis — der einzige Fall von Sepsis überhaupt.

In Bezug auf das Zusammentreffen von Gravidität mit Myomen sei zum Schluss nur kurz erwähnt, dass mir 14 derartige Fälle begegnet sind, deren ausführliche Bearbeitung Herr College Ruth übernommen hat. Abgesehen von 3 Aborten mussten 3 Fälle operativ behandelt werden: in 2 Fällen bedingte die Gravidität ein rapides Wachsthum der an sich schon beträchtlichen Tumormassen, so dass es zu Behinderung der Athmung kam und musste ich die Tumoren mit den graviden Uteri per laparotomiam entfernen; der 3. Fall betraf eine Kreissende; hier bildete ein fast kindskopfgrosses Cervixmyom ein absolutes Geburtshinderniss; es gelang den Tumor von der Vagina zu enucleiren, worauf alsbald das lebende Kind spontan geboren wurde. Alle 3 Mütter genasen.

Die statistischen Einzelheiten meines Materials hier ausführlich zu besprechen, hätte mich zu weit geführt; in vorstehender Mittheilung wollte ich einerseits einen Beitrag zur klinischen Beurtheilung der Myomkrankheit, sowie zur Klärung der Indicationsstellung liefern, andererseits zeigen, dass die Gefahren der operativen Behandlung nicht mehr wie in früherer Zeit für die exspectativen Verfahren in der Myombehandlung, wo eine solche Noth thut, ins Gewicht fallen. Deshalb ist m. A. n. unsere weitere Aufgabe hauptsächlich das Studium der Pathologie der Uterusmyome, damit die Indicationsstellung eine immer festere Basis gewinne.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Cliniques médicales iconographiques par M. M. Haushalter, Etienne, Spillmann et Thiry. Fascicule I, Planches 1 à 7. Paris chez C. Naud. 1901.

Unter obigem Namen ist das erste Heft einer auf 68 Tafeln mit im Ganzen 398 Figuren berechneten Bildersammlung erschienen, welche die genannten Herren, sämmtliche von der medicinischen Hochschule in Nancy, von ca. 300 Kranken eigener Beobachtung, herausgeben wollen um die mannigfachen Formveränderungen und äusseren Kennzeichen bei den progressiven Muskelatrophieen, Kinderlähmungen, Gesichtslähmungen, peripheren Neuritiden, spastischen Erkrankungen, dem Hydrocephalus, dem Morbus Basedowii, dem Myxoedem, den Gangränformen, einigen Trophoneurosen u. m. a. zu fixiren, und das mit einem Blick zu zeigen, was keine noch so genaue Beschreibung mit Worten in gewünschter Klarheit und Treue wiederzugeben im Stande ist.

Die Ausgabe erscheint in Albumformat, auf luxuriösem Papier und besteht aus Bildertafeln und Textseiten, die in der Reihenfolge unter einander abwechseln. Die zahlreichen Phototypen sind in künstlerischer Weise ausgeführt und lassen an Sauberkeit und Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig. Nebenan stehen die genauen klinischen Benennungen der zum grossen Theil sehr seltenen Formen und auf der folgenden Seite der Text, d. h. ausführliche Krankengeschichten der einzelnen Fälle, mit Epikrisen und event. Sectionsbefunden. Dieser Text macht die Sammlung besonders werthvoll. Man gewinnt somit in dieser Ausgabe eine vorzügliche Handhabe um ähnliche Fälle richtig zu diagnosticiren und ebenso richtig zu rubriciren. Wer wollte bestreiten, dass gerade das letztere bei den seltenen Formen der Atrophieen, und bei der noch heute bestehenden Confusion in den Bezeichnungen der Typen, zuweilen mit grossen Schwierigkeiten verbunden ist. Da wird diese Iconographie zu Hülfe kommen. Wir wünschen den Herren Autoren eine glückliche Vollendung des Werkes und können es Interessenten auf das wärmste empfehlen.

Kallmeyer.

R. v. Jaksch. Klinische Diagnostik innerer Krankheiten mittels bacteriologischer, chemischer und mikroskopischer Untersuchungsmethoden. V. Auflage. (Urban und Schwarzenberg).

Die Anordnung des Stoffes ist die gleiche wie in den früheren Auflagen geblieben — doch sind die einzelnen Capitel entsprechend neueren Untersuchungen erweitert und ergänzt worden. Neu hinzugekommen resp. neu bearbeitet sind die auf Serodiagnostik und Pest bezügl. Abschnitte.

Das Werk ist schon in 6 Sprachen übersetzt worden — hoffen wir, dass nach der vorliegenden neuen Aufl. noch eine neue Uebersetzung erscheint, um von Neuem die grosse Brauchbarkeit, sowohl für den pract. Arzt als den Studirenden, dieses schon jetzt rühmlichst bekannten und empfehlenswerthen Buches, zu beweisen.

Wichert.

Dr. A. Eugen Fick (Zürich). Gesundheitspflege des Auges. Graefe-Saemisch. Handb. d. gesammt. Augenheilkunde. 2. Auflage II. Th., X. Bd., XIX. Kap. Lfrg. 11—13. (Engelmann's Verlag. Leipzig 1899).

Dr. L. Schmeichler (Brünn). Die Augenhygiene am Eingange des 20. Jahrhunderts. Beiträge z. Augenheilk. herausgeg. v. Prof. K. Deutschmann — Hamburg. Heft 46. (Voss' Verlag. Hamb. u. Leipz. 1900).

Prof. Dr. Koenigshoefer (Stuttgart). Die Prophylaxe in der Augenheilkunde. Nobiling-Jankau: Handb. der Prophylaxe. Abth. XII. (Verlag v. Seitz u. Schauer. München 1901).

Seit dem Erscheinen von Cohn's umfassendem «Lehrbuch der Hygiene des Auges» i. J. 1892 (cfr. diese Wochenschr. 1892 pg. 134 u. 344) hat die neueste ophthalmolog. Literatur so viele Arbeiten auf diesem Gebiete gebracht, dass eine neue einheitliche Bearbeitung dieses wichtigen Theiles der Gesundheitspflege den Fachgenossen, Hygienikern wie Augenärzten, willkommen sein dürfte. Um die Jahrhundertwende sind nun die obigen drei Werke erschienen, die, wenn auch in verschiedener Form und nicht in gleichem Umfange, denselben Gegenstand behandeln und darum hier nachträglich im Zusammenhange erwähnt sein mögen:

Die umfangreiche Arbeit Fick's bildet einen Theil der breit angelegten neuen Auflage von Graefe-Saemisch's «Handbuch der gesammt. Augenheilk.», und bietet eine gleichmässige Bearbeitung der ganzen Gesundheitspflege des Auges; als Stoff einer solchen betrachtet der Verf. erstens «solche Augenkrankheiten, deren Ursachen bekannt sind und beseitigt werden können; zweitens Krankheiten des Gesammtkörpers von bekannter und verhütbarer Herkunft, falls sie das Auge regelmässig und in erheblichem Grade in Mitleidenschaft ziehen». Demgemäss haben hier Bearbeitung gefunden: die Folgen unzweckmässigen Gebrauches der Augen (zu starker Belichtung, Blendung etc. und zu starker Nahearbeit: Kurzsichtigkeit, opt. Schulhygiene) ferner Ver-

giftungen (Alkohol. Tabak etc.) und Ansteckungen des Auges selbst (Blennorrhoe, Trachom etc.) oder des Gesammtkörpers mit Localisation am Auge (Pocken, Syphilis, Tuberculose etc.). Die Verletzungen sind hier nicht berücksichtigt, weil ihre Verhütung in dem betreffenden Abschnitt des Handbuches besprochen wird. Den Schluss bildet eine Betrachtung über Schädigung der Augen durch Curpfuscherei. Zu jedem Abschnitt giebt der Verf. ein reichhaltiges Verzeichniss der einschlägigen Fachschriften. Das Werk zeichnet sich durch leichte, allgemein verständliche Sprache und frische Darstellung aus und kann daher auch jedem gebildeten Laien empfohlen werden. Dasselbe gilt auch von dem nächsten Abschnitt des Gesammtwerkes, indem derselbe Verfasser eine kurze Abhandlung über die Blindheit und das Blindenwesen bietet.

Schmeichler's gründliche und übersichtliche Arbeit giebt ein recht vollständiges Bild vom gegenwärtigen Stande der Augenhygiene und zerfällt in folgende Hauptabschnitte: 1) Hygiene der Conjunctivalerkrankungen (Conjunct. catarrhalis, scrophulosa, diphtheritica, blennorrhoïca, Trachom); hier finden auch die Ergebnisse der bakteriologischen Forschung gebührende Berücksichtigung; besonders eingehend wird die Verhütung des Trachoms behandelt. 2) Kurzsichtigkeit und Prophylaxe der Schulmyopie, 3) Verletzungen und Schädigungen des Auges im Gewerbe, 4) idiopathische Hemeralopie, 5) Intoxicationen (Alkohol und Tabak, Vergiftungen im Gewerbe, durch Medicamente etc.), 6) Heredität und Blutverwandtschaft, 7) Prophylaxe der Erblindungen. (Allgemeines). Von der einschlägigen Literatur sind hauptsächlich die Publicationen des letzten Jahrzehntes angeführt, da die ältern sich bereits in den vorhandenen zusammenfassenden Werken über Augenhygiene finden. Jeder, der sich für dieses Specialgebiet der Gesundheitspflege interessirt und sich darin orientiren will, wird diese Arbeit gern zur Hand nehmen; wir wünschten ihr daher auch eine grössere Verbreitung in Form einer Separat-Ausgabe.

Koenigshoefer fasst den Begriff der Augen-Prophylaxe sehr weit: «die Prophylaxe der Augenerkrankungen führt, wenn sie brauchbar sein soll, auf der einen Seite weit in das Gebiet der allgemeinen und speciellen Pathologie: und da auch Operationen, Verletzungen und Berufsintoxicationen in Betracht kommen, auch noch in die Chirurgie, die Unfallkunde und die Gewerbehygiene. Wir haben eben so ziemlich alles in Betracht zu ziehen, was bei der Prophylaxe sämmtlicher Erkrankungen der sämmtlichen Organe des Körpers in Betracht kommt, und dazu kommt noch alles das, was den speciellen Functionen des Auges eigenthümlich ist.» — Bei einer solchen Vielseitigkeit der Aufgabe ist es natürlich schwer, ein befriedigendes System für die Prophylaxe der Augenerkrankungen aufzustellen. Dennoch macht der Verf. diesen Versuch, und theilt den gesammten Stoff folgendermassen: I) allgemeine, II) specielle Prophylaxe, III) Prophyl. der verschiedenn Lebensalter. Die specielle Prophyl. zerfällt dann weiter in: 1) Prophyl. der Erkrankungen (organische, functionelle, von Allgemeinerkrankungen abhängige), 2) Gewerbe-Unfall- und Intoxicationsprophylaxe, 3) Heredi tätsprophylaxe, 4) Operationsprophylaxe. Verf. ist sich dabei nicht nur der Schwierigkeiten, sondern auch der unvermeidlichen Mängel einer so strengen Systematisirung wohl bewusst; die Natur lässt sich eben nicht rein logisch in ein System zwängen. Zusammengehöriges wird dabei leicht getrennt, Heterogenes vereinigt. Immerhin muss ein solcher erster Versuch anerkannt werden. Die ausführlichste Besprechung finden auch in dieser Arbeit: die Verhütung der infectiösen Augenkrankheiten, die Hygiene des Auges in der Schule und die Gewerbehygiene.

Blessig.

Protokolle des Vereins St. Petersburger Aerzte.

691. Sitzung den 10. April 1901.

Vorsitzender: Tiling. Secretär: Albanus.

Hagentorn demonstrirte 2 Präparate von Magen-Sarcom und 1 Präparat von Ulcus ventriculi perforatum bei Gastritis chronica syphilitica nebst mikroskopischen Präparaten des 1. und 3. Falles.

Das erste Präparat ist ein $^1/_3$ des Magens nebst Sarcom im Pylorus, welches durch Resection von einer Frau von 28 Jahren erhalten wurde. Die Patientin wurde auch demonstrirt. Sie litt ca. 1 Jahr an Erbrechen und hatte eine starke Dilatation des Magens, in der lezten Zeit war das copiöse Erbrechen chocoladefarben und enthielt viele Gährungspilze. Den 7. Nov. 1900 fand die Operation statt wobei ein Drittheil des Magens und 2 kleine Drüsen aus dem Omentum minus entfernt wurden. Den 26. November 1900 wurde Patientin entlassen; das Erbrechen hatte aufgehört und sie nahm stark an Gewicht zu. Aber schon zur Zeit der Demonstration im April 1901 konnte im Becken — über der Symphyse ein Tumor gefühlt werden[1]). Das Präparat bietet eine faustgrosse Geschwulst welche den Pylorus bis auf einen Streifen normaler Magenschleimhaut in der Curvatura maj. einnimmt. Die Musculatur des Pylorus ist enorm hypertrophirt und konnte bei der Untersuchung der Kranken vor der Operation gefühlt werden. Die mikroskopischen Präparate zeigen die Structur eines, wahrscheinlich aus dem submucösen Gewebe sich entwickelnden Sarcoms.

Das 2. Präparat stammt von einem Manne von 45 Jahren, welcher den 3. Juli 1889 ins Krankenhaus der Obuchowschen Gussstahlfabrik aufgenommen wurde, zwei Jahre lang an Schmerzen im Epigastrium zu leiden angab und einen beweglichen Tumor im Epigastrium bot. Bei der Probelaparotomie den 8. Juli 1889 stellte es sich heraus, dass der Tumor den Anfangstheil des Omentum majus und die grosse Curvatur des Magens einnahm. Wegen der Nothwendigkeit einer sehr umfangreichen Magenresection wurde von der radicalen Operation Abstand genommen. Es entwickelten sich Tumormassen in der Bauchwand, bildeten sich Abscesse und im Januar 1890 bildete sich in der Bauchnarbe eine Fistel, welche Magencontenta hervortreten liess. Bald darauf verschied der Kranke an einer Pneumonie. Das bei der Section gewonnene Präparat bietet einen reichlich mit höckerigen Tumoren besetzten Theil des Magens und die anliegenden Bauchdecken in denen auch Tumorknoten wie auch längs der Magenfistel zu constatiren sind. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein kleinzelliges Rundzellensarcom.

Es wurde von H. noch eine Krankengeschichte eines Falles von Magenkrebs bei einem Manne mitgetheilt. Es handelte sich um eine diffuse Krebsgeschwulst welche eine grosse Fläche des Magens an der grossen Curvatur, an der vorderen und hinteren Wand desselben einnahm, in der Leber fanden sich bei der Section mehrere Krebsknoten.

Alle drei Fälle hatten während der klinischen Beobachtung das Gemeinsame, dass der Tumor des beweglichen Magens des Abends am häufigsten im rechten Hypochondrium, am Morgen höher und in der linken Seite der Magengrube zu fühlen war.

Anlässlich der mitgetheilten Fälle wies H. darauf hin, dass die Kliniker ihr Denken und Handeln meist auf die Daten der Physiologie, welche doch öfters vom Thierversuch auf den Menschen übertragen werden, begründen, während der Physiologe wenig Nutzen von der Klinik hat. H. findet es für richtiger, dass die klinischen Erfahrungen von den Physiologen mehr zu berücksichtigen wären.

H. schlug vor die von ihm gemachte Beobachtung des Lagewechsels während 24 Stunden nachzuprüfen. Die Anwesenheit eines Tumors könnte als Index der Lage des Magens angesehen werden.

Sollte sich die Beobachtung bestätigen, so könnte sie einerseits als diagnostischer Hinweis auf die Zugehörigkeit eines Tumors zum Magen und für die Abwesenheit von strafferen Verwachsungen des Magens mit den umgebenden Organen verwerthet werden. Andererseits könnte die in der letzten Zeit wieder in der Literatur discutirte Frage über die «normale» Lage des Magens ihrer Lösung näher gebracht werden. Abgesehen von dem Füllungsgrad und den exclusiven Contractionszuständen des Magens kann er physiologischer Weise bald die mehr verticale, bald eine horizontale Lage einnehmen, je nach der Tageszeit.

Der Fall von ulcus ventriculi, war kurz folgender: Der Arbeiter K. S., 57 Jahre alt, litt ungefähr seit Mai 1900 an beständigen Schmerzen im Epigastrium. Am 22. Nov. 1900 starkes Blutbrechen. Druckschmerz und Muskelspannung im Epigastrium, allmähliges Abmagern, Schwächegefühl. In der Nacht auf den 21. December plötzliche Schmerzen im Leibe, am Morgen Exitus.

Bei der Section fand sich eine eitrige Peritonitis. Perforation eines ulcus an der Curvatura minor. Die Wundränder des ulcus breit, die Magenwand in der Umgebung dermassen verdickt, dass sie den Eindruck eines Tumors macht. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand sich jedoch nur festes Bindegewebe und stellenweise Anhäufungen von Leucocyten. Der anliegende Theil des Pancreas auch von fester Consistenz. Eine polypöse Excrescenz an der hinteren Wand des Magens.

(Autoreferat).

Discussion:

Westphalen: Es ist natürlich schwer ohne Kenntniss des mikroskopischen Bildes ein Urtheil über die Natur der von

[1]) Im Juni fing die Patientin wieder an an Erbrechen zu leiden und es stellten sich eine Menge Tumoren in der Bauchhöhle, ein Recidiv im Pylorus und in der Narbe ein. Ein paar Mal traten Blasenblutungen auf.

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Adelheid von Fersen Catharinencanal 81, Q. 20.

Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.

Довв. ценз. Спб., 7 Декабря 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat). **Dr. Johannes Krannhals.** Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der Abonnementspreis ist in Russland 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den anderen Ländern 20 Mark jährlich, 10 Mark halbjährlich. Der Insertionspreis für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.—Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von K. L. Ricker in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—Manuscripte sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. Rudolf Wanach in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 50 St. Petersburg, 15. (28.) December **1901**

Ueber die Veränderungen des Blutes im Hochgebirge.

Von

Th. Pacht.

(Vortrag, gehalten auf dem XIII. Livl. Aerztetage zu Riga.)

M. H.! Ueber die Veränderungen des Blutes im Hochgebirge ist in den letzten Jahren viel und mit einer gewissen Erbitterung gestritten. Die Ansichten stehen sich noch unvermittelt gegenüber, so dass es nicht möglich ist sich auf Grund der sich widersprechenden Angaben allein ein Urtheil zu bilden. Da ich vor $1^1/_2$ Jahren einige Blutuntersuchungen im Hochgebirge gemacht habe, gestatten Sie mir diese Frage kurz zu besprechen. Meine Blutuntersuchungen hatte ich nur zur eigenen Orientirung in dieser mir bisher fernliegenden Frage gemacht, sie verfolgten kein wissenschaftliches Ziel und haben daher im Vergleich zu sorgfältigen Untersuchungen anderer Forscher keinen Werth.

Wenn ich im Folgenden auch einige eigene Beobachtungen erwähne, so geschieht es nur um Ihnen zu zeigen, wodurch ich auf den von mir vertretenen Standpunkt gelangt bin.

Die Frage, ob die Zahl der Erythrocyten bei zunehmender Erhebung über den Meeresspiegel zunimmt oder nicht, hat für uns Tieflandbewohner nicht nur ein akademisches Interesse, sie gewährt uns nicht nur einen interessanten Einblick in die Physiologie des Blutes und der Athmung, sie ist auch praktisch wichtig für die Klimatotherapie, speciell die der Lungentuberkulose. Die Anschauungen über den Werth des Höhenklimas haben im Laufe der letzten Jahrzehnte eine wesentliche Aenderung erfahren. Hauptsächlich durch Brehmer's Immunitätslehre war das Hochgebirge in Aufnahme gekommen. Nach Entdeckung des Tuberkelbacillus wurde die Immunitätslehre unhaltbar und man suchte die günstige Wirkung des Höhenklimas allein in klarer, staubfreier Luft, Windschutz, starker Belichtung etc. Diese Factore finden sich mit graduellen Unterschieden in jedem Klima und es mehren sich daher die Stimmen, die dem Höhenklima jede specifische Wirkung absprechen. Um so mehr Interesse erregte die Beobachtung Viault's, der vor 11 Jahren an sich und seinen Begleitern nach einem 3wöchentlichen Aufenthalt in einer Höhe von 4392 Meter die Zahl der rothen Blutkörperchen um ca. 3 Millionen im Mm³ vermehrt fand. Diese Vermehrung der Erythrocyten glaubte man einer specifischen Wirkung des Höhenklimas zuschreiben zu dürfen.

Diese Beobachtung ist von vielen Forschern in verschiedener Seehöhe und auch an Thieren im luftverdünnten Raum nachgeprüft. Es würde zu weit führen, auf einzelne Untersuchungen näher einzugehen, sie haben nicht in allen Punkten übereinstimmende Resultate ergeben, doch kann man Folgendes als feststehend betrachten:

«Unmittelbar nach dem Aufstieg in grössere Seehöhe nimmt die Zahl der Erythrocyten zu, um nach einer bis einigen Wochen eine neue Durchschnittszahl zu erreichen, die um so grösser ist je höher die Erhebung über den Meeresspiegel. Die gleiche Erscheinung zeigt sich an Thieren im luftverdünnten Raum, so dass die Vermehrung der Erythrocyten als abhängig von der Verringerung des Luftdruckes erscheint. Beim Abstieg in tiefer gelegene Orte nimmt auch die Zahl der Erythrocyten schnell ab. Mit der Vermehrung der rothen Blutkörperchen nimmt auch der Hämoglobingehalt zu, doch erfolgt diese Zunahme, und das ist für die richtige Deutung wichtig, langsamer als die der rothen Blutkörperchen. Erst nach vollendeter Acclimatisation stellt sich das richtige Verhältniss von Zahl zum Hämoglobingehalt wieder her. In der ersten Zeit der Acclimatisation treten zahlreich Poikilocyten und Mikrocyten auf, die später wieder schwinden; die Leucocyten sind anfangs vermehrt».

Das Verhältniss der Seehöhe zur Zahl der Erythrocyten möge folgende Tabelle veranschaulichen, aus der Sie ersehen um wie viel die an den betreffenden Orten gefundene Durchschnittszahl die normale Zahl von 5 Millionen im Mm³ übertrifft.

	Meter	Vermehrung
Tübingen (Reichert)	314	320,000
Dowrefjäll Norwegen (Schaumann)	950	1,100,000
Davos (Kündig)	1560	1,550,000
Cordilleren (Viault)	4392	3,000,000

Es entspricht mithin einer Erhebung um 100 Meter etwa eine Vermehrung der Erythrocyten um 100,000 im Mm³. Diese meist durch Zählung mit dem Thoma-Zeiss'schen Zählapparat gewonnenen Befunde sind unbestreitbar; der Streit bewegt sich um die richtige Deutung derselben. Nach der von Miescher aufgestellten Hypothese handelt es sich um eine Vermehrung der Erythrocyten durch Neubildung, wodurch die Erschwerung der O-Aufnahme in der verdünnten Luft compensirt würde. Mehr Anhänger aber hat die Annahme, dass die Vermehrung eine relative oder scheinbare ist: Relativ hervorgerufen durch Schwankungen in der Vertheilung der rothen Blutkörperchen in den verschiedenen Gefässbezirken oder durch Eindickung des Blutes durch Wasserabgabe; scheinbar, indem vorgetäuscht durch einen Fehler des gebrauchten Instrumentes, der Thoma-Zeiss'schen Zählkammer.

Cohnstein und Zunz haben nachgewiesen, dass im Capillarblut vasomotorische Einflüsse Schwankungen in der Körperchenzahl bewirken, während das Blut gewisser Gefässe eine constante Zusammensetzung hat. Hierauf stützen Zunz und Schumburg ihre Ansicht, dass die Vermehrung der rothen Blutkörperchen eine relative sei, verursacht durch Schwankungen in ihrer Vertheilung. Widerlegt ist diese Ansicht durch Egger, der in Arosa an Kaninchen im Blut grösserer Arterien dieselbe Vermehrung nachwies wie im Capillarblut. An mir selbst fand ich in Arosa bei vasomotorischen Reizen — Licht und Kälte wie sie täglich auf den Körper einwirken — nur geringfügige Schwankungen in der Zahl, so dass mir dieselben eine Bedeutung nur als Fehlerquelle zu haben scheinen.

Die Ansicht, dass die Vermehrung der Erythrocyten eine relative ist, eine Vermehrung in der Raumeinheit, verursacht durch Eindickung des Blutes durch vermehrte Wasserabgabe in der trockenen Luft des Höhenklimas, hat hauptsächlich Gravitz (Berl. klin. Woch. 1895 Nr. 33 u. 34) vertreten.

Die schnelle Zunahme der Zahl der Erythrocyten bei steigender Seehöhe ohne Auftreten kernhaltiger Blutkörperchen, noch mehr aber die schnelle Abnahme derselben beim Uebergang in geringere Höhe ohne Beschwerden, speciell ohne Auftreten von Icterus oder Hämoglobinurie erweckten Zweifel an einer Neubildung, die Erscheinungen von Eintrocknung, die man im Gebirge am Todten und Lebenden beobachtet, sprechen für eine Eindickung des Blutes durch Wasserabgabe. Die nach dem Uebergang in grössere Seehöhe zahlreich auftretenden Mikrocyten hält Gravitz für rothe Blutkörperchen, die durch Wasserverlust geschrumpft sind.

Gegen diese weitverbreitete Ansicht sprechen die Untersuchungen von Suter und Jaquet (Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1898 Nr. 4), die 4 Wochen Kaninchen in Davos und Basel unter gleichen Bedingungen hielten. Die Davoser Kaninchen wurden dann in Basel untersucht und zeigten im Vergleich zu den Controllthieren nicht nur eine Vermehrung der Erythrocyten in der Raumeinheit, sondern auch eine Zunahme der Gesammt Hämoglobinmenge um mehr als 23 pCt.

Durch diese Untersuchungen ist die Zunahme der rothen Blutkörperchen und des Hämoglobins im Hochgebirge direct bewiesen, aber auch das Verhalten der anderen Blutbestandtheile spricht gegen die Auffassung Gravitz. Wären die Mikrocyten durch H_2O Verlust geschrumpfte Blutkörperchen, so müsste ihre Zahl bei fortschreitender Concentration zunehmen; man findet sie aber nur in der ersten Zeit der Acclimatisation. Würde es sich um eine Eindickung des Blutes durch Wasserabgabe handeln, so müssten Hämoglobin- und Erythrocyten-Zahl gleichmässig zunehmen, thatsächlich nimmt aber die Hämoglobinmenge langsamer zu, seine Zunahme entspricht zunächst nicht der Körperchenzahl. Diese auffallende Thatsache kann nur so gedeutet werden, dass zunächst auch durch Zelltheilung der rothen Blutkörperchen die Zahl vermehrt wird, bei gleichbleibender Hämoglobinmenge — «es wird», wie Ehrlich und Lazarus bemerken, «die Erschwerung der Function des Hämoglobins gewissermassen ausgeglichen, indem der gesammte Hämoglobinvorrath eine grössere Oberfläche erhält». In demselben Masse, in dem die Menge des Hämoglobins zunimmt, schwinden die Mikrocyten und bilden sich normale rothe Blutscheiben, so dass nach vollendeter Acclimatisation das Blut sich durch eine erhöhte Zahl normaler rother Blutkörperchen und eine entsprechende Erhöhung des Hämoglobingehaltes auszeichnet.

Entspricht nun die Annahme, dass es sich lediglich um eine Eindickung des Blutes durch Wasserverlust handelt nicht den thatsächlichen Verhältnissen, so wäre doch die Frage zu prüfen, ob überhaupt und in welchem Masse die Lufttrockenheit einen Einfluss auf die Concentration des Blutes hat. Zunz und Schumburg haben gezeigt, dass bei vermehrter Wasserabgabe durch Respiration und Perspiration eine Concentration des Blutes stattfindet, die z. B. bei Soldaten auf Märschen 2—800,000 im Mm³ betrug, obgleich nach Bedürfniss getrunken wurde. Nun ist im Hochgebirge bei trockener Luft die Wasserabgabe durch Respiration und Perspiration beständig gesteigert. Ich habe an mir selbst bei ruhigem Gehen auf leicht ansteigendem Terrain in einer Stunde eine Gewichtsabnahme bis zu 300 Gramm beobachtet. Diesem Gewichtsverlust würde annähernd die Menge des durch die Lungen ausgeschiedenen Wassers entsprechen. Es ist anzunehmen, dass diese ge-

steigerte Wasserabgabe einen Einfluss auf die Concentration des Blutes hat. Bei 4 Personen habe ich das Blut bei Föhn und Nebel und später bei trockenem Wetter untersucht, und bei trockenem Wetter stets höhere Zahlen gefunden. Aeussere Umstände hinderten mich an einer genauen Durchführung einer grösseren Anzahl von Versuchen, doch scheint mir ein gewisser Einfluss der Lufttrockenheit auf die Concentration des Blutes erwiesen. Die von mir beobachtete Vermehrung in Folge von Lufttrockenheit betrug 2—300,000 im Mm^3.

Ich glaube kleinere Differenzen in den Angaben der verschiedenen Autoren auf die durch Lufttrockenheit und vasomotorische Reize verursachten Schwankungen zurückführen zu dürfen. So weit mir bekannt ist die Lufttrockenheit bei den bisher angestellten Versuchen nicht beachtet worden, und doch macht eine Differenz von einigen 100,000 Blutkörperchen speciell bei mittlerer Höhe viel aus.

Ich möchte meine Ansicht kurz dahin zusammenfassen: «Die Veränderung des Blutes bei steigender Seehöhe besteht in einer Vermehrung der rothen Blutkörperchen durch Neubildung $\pm$ der relativen Vermehrung. Während die Vermehrung durch Neubildung einige Wochen beansprucht, vollzieht sich die relative Vermehrung, soweit die Lufttrockenheit in Betracht kommt, in einigen Tagen, so weit sie durch vasomotorische Reize bedingt ist in einigen Minuten. Bei geringer Seehöhe und im Beginn der Acclimatisation kann die relative Vermehrung die absolute übertreffen, d. h. finden wir in den ersten Tagen eine bedeutende Zunahme der Zahl, so ist dieselbe zum grössten Theil auf die relative Vermehrung zu beziehen; aber auch bei völlig Acclimatisirten macht die relative Vermehrung einen Bruchtheil der gesammten aus.

In neuester Zeit sind alle bisherigen Beobachtungen durch Meissen Hohenhonnef in Zweifel gezogen. Er hält die Vermehrung der Erythrocyten für eine scheinbare, vorgetäuscht durch die Abhängigkeit der gebrauchten Zählkammer vom Luftdruck. Nachdem Gottstein nachgewiesen hatte, dass die Thoma-Zeisssche Zählkammer vom Luftdruck derartig abhängig sei, dass bei fertigen Präparaten durch Aenderung des Luftdruckes auch das Kammervolumen verändert wurde, construirte Meissen durch Anbringung seitlicher Einschnitte eine Zählkammer, die eine Communication des Kammerinhaltes mit der Aussenluft gestattete und dadurch vom Luftdruck unabhängig war, — die Meissensche Schlitzkammer. Untersuchungen, die Gottstein und Schröder mit beiden Kammern anstellten, brachten Meissen zur Ueberzeugung, dass die Thoma-Zeisssche Zählkammer durch Vergrösserung des Kammervolumens bei Verminderung des Luftdruckes eine derselben entsprechende Vermehrung der rothen Blutkörperchen zeige, während mit der vom Luftdruck unabhängigen Schlitzkammer eine Vermehrung derselben bei geringerem Luftdruck überhaupt nicht nachweisbar sei. Er schliesst daraus: «Die Vermehrung der rothen Blutkörperchen im Gebirge geschieht, so weit der Luftdruck in Betracht kommt, im bisherigen Zählapparat, nicht im Menschen, ist also nur scheinbar».

Bestätigte sich die Abhängigkeit der Thoma-Zeissschen Kammer vom Luftdruck, so waren alle früheren Untersuchungen werthlos. Mit dem Werth oder Unwerth der Thoma-Zeissschen Kammer beschäftigten sich daher die folgenden Untersuchungen. Sokolowsky und Kündig in Davos, Karcher in Basel und später auch Römisch in Arosa machten Blutzählungen mit beiden Kammern, ohne einen wesentlichen Unterschied zu finden. Mit der Meissenschen, vom Luftdruck unabhängigen Schlitzkammer zählten sie dieselbe Vermehrung der Erythrocyten wie mit der Thoma-Zeissschen.

Um die Abhängigkeit der letzteren vom Luftdruck zu beweisen, haben jetzt Gottstein und Schröder (Münch. Med. Woch. Nr. 40, 1899) folgende Versuche gemacht:

Gottstein stellte eine Aufschwemmung todter Hefezellen in Formalinlösung her, überzeugte sich durch widerholte Zählungen, dass die Mischung constant blieb, und machte mit derselben im Riesengebirge Zählungen in verschiedener Seehöhe. Das Ergebniss derselben war, dass Gottstein mit der Thoma-Zeissschen Zählkammer in grösserer Seehöhe eine grössere Anzahl von Hefezellen fand, und zwar entsprach die Vermehrung der todten Hefezellen vollkommen der in entsprechender Höhe beobachteten Vermehrung der rothen Blutkörperchen.

Einen ähnlichen Versuch machten Gottstein und Schröder (Berl. Klin. Woch. 1900, Nr. 27), indem sie in Berlin (50 M.) und Schömberg (650 M.) je eine Mischung von Blut in Hayemscher Lösung herstellten, die Blutmischungen und Instrumente sich gegenseitig zuschickten, so dass stets mit constantem Material gearbeitet wurde, und an beiden Orten zählten. Das Resultat war, dass mit der Schlitzkammer in Berlin und Schömberg gleiche Zahlen, mit der Thoma-Zeissschen Kammer in Schömberg grössere Zahlen gefunden wurden, und zwar entsprach auch hier die scheinbare Vermehrung des constanten Zellmaterials der für diese Höhe angenommenen Vermehrung der rothen Blutkörperchen durch Neubildung. Gottstein und Schröder kommen durch diese Untersuchungen zum Schluss, dass nichts die nun feststehende Thatsache ändern könne, dass die Thoma-Zeisssche Zählkammer einen vom Luftdruck abhängigen Fehler hat, und dass eine Neubildung von rothen Blutkörperchen zur Anpassung an eine Athmosphäre mit geringer O-Spannung nicht stattfindet. Hiermit glauben sie in völlig einwandfreier Weise die Streitfrage erledigt zu haben.

Die Untersuchungen Gottstein's mit Hefezellen hat Meyer genau nach Gottstein's Angaben in Davos und Basel nachgeprüft, während der Versuch Schömberg-Berlin bisher noch nicht nachgeprüft ist. Das Resultat von Meyer's Untersuchungen lautet: «1) Eine constante Aufschwemmung von Hefezellen ergiebt zuerst in einer Höhe von 1600 M, dann bei 265 M. und schliesslich wiederum bei 1600 M. die gleichen Zellenzahlen. 2) Die Meissensche Schlitzkammer ist keine Verbesserung der Thoma-Zeissschen Kammer, mit beiden Zählkammern erhält man dieselben Resultate».

Versuch und Controllversuch h ben mithin entgegengesetzte Resultate ergeben, die Frage steht auf dem todten Punkt. Jede der beiden Anschauungen hat ihre Anhänger. Ich bin durch eigene Untersuchungen ein Gegner der Meissenschen Auffassung geworden und möchte Ihnen die Gründe anführen, die meiner Ansicht nach für den Werth der Thoma-Zeissschen Zählkammer, und dann die Gründe, die für eine Neubildung der rothen Blutkörperchen sprechen.

Mir ist Meissen's Auffassung aus physikalischen Gründen unverständlich. Wird bei der Thoma-Zeissschen Zählkammer nach Anfertigung eines Präparates der Luftdruck geändert, so entsteht eine Differenz zwischen dem äusseren Luftdruck und dem in der geschlossenen Zählkammer. Es muss dann das biegsame Deckglas dem stärkeren Druck nachgeben und das Kammervolumen sich ändern, bis diese Differenz ausgeglichen ist. Unterliegt aber der Luftdruck nach Anfertigung des Präparates keiner Aenderung, besteht mithin zwischen dem äusseren Luftdruck und dem in der geschlossenen Kammer keine Differenz, so kann sich das Deck-

glas weder aufwölben noch einziehen, weil dadurch eine Differenz zwischen dem äusseren Luftdruck und dem Kammerdruck entstehen würde, die ja, wie eben gesagt, durch eine entsprechende Aenderung des Kammervolumens ausgeglichen werden muss. So corrigirt gerade der Luftdruck bei der geschlossenen Zählkammer automatisch jede Aenderung des Kammervolumens; bei der Schlitzkammer kann dies nicht der Fall sein. Ich bin zwar nicht Meissen's Ansicht, dass Einflüsse, wie z. B. die Capillarattraction, im Hochgebirge das Kammervolumen anders beeinflussen als im Tiefland, möchte aber doch darauf aufmerksam machen, dass, wenn diese Annahme Meissen's richtig sein sollte, gerade die Schlitzkammer unbrauchbar wäre. Theoretisch lässt sich mithin gegen die Thoma-Zeisssche Kammer nichts einwenden, aber — Probiren geht über Studiren, ich habe deshalb die Frage auch praktisch geprüft und in Arosa Blutbestimmungen mit einem vom Luftdruck jedenfalls ganz unabhängigen Instrument gemacht. Dieser Apparat, Hämatocytometer genannt, besteht aus einem schmalen graduirten Glasgefäss, in welchem eine bestimmte Blutmenge mit Hayemscher Lösung verdünnt wird bis eine gewisse Durchsichtigkeit erreicht ist. Da die rothen Blutkörperchen die Undurchsichtigkeit der Emulsion bedingen, ist bei einer Aenderung ihrer Zahl eine entsprechende Aenderung der Verdünnungsflüssigkeit erforderlich, um die gleiche Durchsichtigkeit zu erlangen. Aus der Menge der erforderlichen Verdünnungsflüssigkeit wird die Menge der rothen Blutkörperchen berechnet. Gegen diesen Apparat, den ich seiner Einfachheit wegen dem praktischen Arzt warm empfehlen kann, lässt sich mancherlei einwenden; vom Luftdruck ist er jedenfalls ganz unabhängig, und mit diesem Apparat erhält man analoge Resultate wie mit der Thoma-Zeissschen Zählkammer. Ich glaube hiermit genügend zur Ehrenrettung derselben gesagt zu haben.

Von den vielen Thatsachen, die gegen die Meissensche Theorie und für eine Vermehrung der rothen Blutkörperchen im Organismus sprechen, will ich nur 2 erwähnen, die zugleich einen Einblick in den Vorgang der Vermehrung gestatten:

1) Die Vermehrung der rothen Blutkörperchen geschieht allmählich, und

2) die Vermehrung der rothen Blutkörperchen zeigt individuelle Verschiedenheiten.

Dass die allmähliche Vermehrung der rothen Blutkörperchen nicht auf einer Abhängigkeit der Zählkammer vom Luftdruck beruhen kann, bedarf wohl keiner Erklärung. Diese eine Thatsache macht Meissen's Theorie unhaltbar, und es ist nur zu bedauern, dass Meissen nicht selbst Blutuntersuchungen im Hochgebirge gemacht hat, er hätte sich in wenigen Wochen von der Unhaltbarkeit seiner Annahme überzeugt.

Was die individuellen Verschiedenheiten anlangt, so ist von mehreren Beobachtern — Kündig, Egger, Römisch — darauf hingewiesen, dass anämische Personen, also Personen mit verringerter Hämatopoese eine besonders langsame Vermehrung der Erythrocyten zeigen. Diese individuelle Verschiedenheit in der Vermehrung weist doch unzweifelhaft darauf hin, dass es sich um Vorgänge im Individuum und nicht in der Zählkammer handelt.

Ich glaube hiermit nachgewiesen zu haben, dass die von Gravitz angenommene relative Vermehrung einen Theil der Gesammtvermehrung ausmachen kann, dass aber die Theorien von Zunz, Gravitz und Meissen mit den thatsächlichen Verhältnissen unvereinbar sind. Wir kommen mithin per exclusionem zur Annahme der Miescherschen Hypothese einer Vermehrung durch Neubildung in Folge von O-Mangel.

Gegen dieselbe wird geltend gemacht:

1) Die beobachtete Vermehrung erfolge zu schnell, als dass man an eine Vermehrung durch Neubildung denken könne.

2) Aus physiologischen Gründen wäre es unwahrscheinlich, dass ein so geringer Reiz wie eine Verringerung der O-Spannung, die ohne jede Beschwerde ertragen wird, eine so gewaltige und einzig dastehende Reaction hervorrufe.

Was den ersten Einwand, die Schnelligkeit der Vermehrung betrifft, so stützen sich die Zweifel an der Möglichkeit einer physiologischen Neubildung hauptsächlich auf die in Reiboldsgrün gemachten Beobachtungen. Wolff fand in Reiboldsgrün schon nach 24 Stunden eine Vermehrung der Erythrocyten um mehr als eine Million im Mm^3, also um mehr als 1/5 der Gesammtmenge — was wohl Niemand auf eine physiologische Neubildung zurückführen kann. Er fand aber auch in einzelnen Fällen eine so bedeutende Vermehrung, wie sie selbst in doppelter Seehöhe nicht beobachtet ist, und bei alle dem fand er eine absolute Abnahme des Hämoglobins, so dass er den Schluss zieht, dass der Aufenthalt im Hochgebirge anämisch mache. Da diese logische Schlussfolgerung den Thatsachen widerspricht, muss die Prämisse, d. h. die Beobachtung von Wolff, falsch sein. Ich glaube daher von Wolff's Untersuchungen absehen zu dürfen, ohne mir den Vorwurf zuzuziehen Arbeiten, die in meine Beweisführung nicht passten, unberücksichtigt gelassen zu haben.

Die Untersuchungen anderer Forscher haben aber ganz andere Resultate ergeben. Ich will mich darauf beschränken 2 anzuführen, deren Untersuchungen in Davos zu verschiedenen Zeiten in exactester Weise ausgeführt sind: Kündig fand an Menschen, dass die Zahl in 3 Wochen nicht immer das Maximum erreicht hatte, dass 6 Wochen in der Regel genügten. Meyer untersuchte, allerdings zu anderen Zwecken, Kaninchen und Ratten, die aus Basel nach Davos gebracht waren, und fand, dass die Zunahme bei Kaninchen in 6 Wochen nicht immer das Maximum erreichte, während sie bei Ratten schneller erfolgte. Ich fand in Arosa an mir nach 5 Wochen das Maximum der Zunahme, 1,2 Millionen. Es sind dies Resultate, die gut übereinstimmen und eine Schnelligkeit der Vermehrung zeigen, wie wir sie auch nach Blutverlusten beobachten. Es ist aber unlogisch bei einem ungeschwächten Organismus eine Reaction für unmöglich zu halten, die bei einem durch einen Blutverlust geschwächten Organismus für selbstverständlich gilt. Blutverlust und Uebergang in grössere Seehöhe scheinen mir aber, so paradox es klingen mag, 2 analoge Processe zu sein.

Auch die Annahme, dass der geringe Reiz einer wenig verringerten O-Spannung die Vermehrung nicht hervorrufen könne, scheint mir unbegründet.

Die O-Aufnahme ist abhängig von der äusseren Athmung, der O-Spannung, und der O aufnehmenden Oberfläche. Wird der eine Factor verringert, so müssen einer oder beide andere entsprechend vergrössert werden, um die gleiche O-Aufnahme zu ermöglichen. Es ist mithin eine physiologische Nothwendigkeit, dass bei Verringerung der O-Spannung die äussere oder die innere Athmung oder beide vergrössert werden. Ich habe Angaben gefunden, die diese Auffassung bestätigen.

1) Sellier hat an Thieren unter der Glasglocke nachgewiesen, dass nur die Verminderung der O-Spannung eine Vermehrung der rothen Blutkörperchen zur Folge hat, gleichviel ob der Luftdruck vermindert wurde oder nicht. Eine Verringerung des Luftdruckes ohne Verringerung der O-Spannung hatte eine Vermehrung nicht zur Folge. (Vergrösserung der athmenden Oberfläche bei Verringerung der O-Spannung.)

2) Bei pathologischen Processen, bei denen die äussere Athmung behindert ist, z. B. bei pleuritischen Exsudaten tritt eine Vermehrung der rothen Blutkörperchen auf (Vergrösserung der inneren Athmung bei Behinderung der äusseren).

Und fragen wir nun, wie die Veränderungen beim Uebergange ins Hochgebirge sind, so ist, so weit mir bekannt, nur in der ersten Zeit die äussere Athmung vertieft und beschleunigt, was namentlich bei Proceduren, die einen grösseren O-Verbrauch verlangen z. B. beim Gehen subjectiv als Kurzathmigkeit empfunden wird; später wird die Athmung ruhig.

Die Annahme, dass sich der Organismus an eine geringere O-Aufnahme gewöhne, muss falsch sein, denn der Stoffwechsel ist nicht herabgesetzt. Auch die vitale Capacität der Lungen wird beim gesunden Menschen nicht wesentlich geändert; Personen, die in längeren Zwischenräumen das Hochgebirge besuchen, haben jedesmal dieselben Beschwerden.

Mir scheint nur die Erklärung möglich, dass bei schneller Verringerung der O-Spannung der Organismus zunächst durch beschleunigte und vertiefte Athmung die gleiche O-Aufnahme ermöglicht, dass aber mit fortschreitender Neubildung der rothen Blutkörperchen die vergrösserte innere Athmung den Ausgleich bewirkt, für die äussere Athmung eintritt.

Eine praktische Schlussfolgerung möchte ich aus diesem Verhältniss der O-Spannung zur athmenden Oberfläche ziehen: Wird die O-Athmung verringert, so schafft der Organismus einen Ausgleich durch Vergrösserung der athmenden Oberfläche; wird die athmende Oberfläche verringert, so können wir den Ausgleich bewirken durch Vergrösserung der O-Spannung. Mit anderen Worten: Wird durch eine acute Blutung die athmende Oberfläche in einer das Leben bedrohenden Weise verringert, so müssen wir bis zu einem gewissen Grade die Gefahr abwenden können, indem wir die O-Spannung entsprechend vergrössern. Ist ein Ausgleich geschaffen, so kann der Organismus gedeihen, selbstverständlich muss auch der Wasserverlust ersetzt werden. — Dass meine Annahme richtig sein muss, glaube ich aus der Analogie der Erscheinungen bei der acuten Blutung und beim Wechsel der Seehöhe schliessen zu dürfen. Gemeinsam ist beiden Vorgängen, dass durch sie ein Missverhältniss zwischen O-Spannung und O-aufnehmender Oberfläche geschaffen wird, im einen Fall durch Verringerung der O-aufnehmenden Oberfläche, im anderen durch Verringerang der O-Spannung. Die Symptome sind beim Aufstieg in grössere Seehöhe, z. B. mittelst Luftballons, und bei der acuten Blutung völlig gleich: Herzklopfen, Dyspnoe, dann zunehmende Muskelschwäche, Ohrensausen, Flimmern vor den Augen, Bewusstlosigkeit. Bei der acuten Blutung kommen dann noch die Symptome des Wasserverlustes hinzu.

Aber nicht nur die äusseren Erscheinungen gleichen einander, auch die Veränderungen der Blutbestandtheile sind dieselben: In beiden Fällen Vermehrung der rothen Blutkörperchen unter gleichzeitigem Auftreten von Poikilocyten und Mikrocyten, in beiden Fällen eine Zunahme des Hämoglobins, die in beiden zunächst langsamer erfolgt als die der rothen Blutkörperchen und erst nach vollendeter Regeneration der Zahl der Blutkörperchen entspricht. In beiden Fällen eine anfängliche Vermehrung der Leucocyten. Dass die Normoblasten nach Wechsel der Seehöhe bisher nur von Schaumann und Rosenquist gefunden sind, liegt meiner Ansicht nach daran, dass sie in der einem grösseren Blutverlust entsprechenden Seehöhe nicht gesucht sind.

Mir scheint, die Analogie beider Vorgänge gestattet nun den Schluss, dass das was beiden Fällen gemeinsam ist, nämlich das sich ausbildende Missverhältniss der O-aufnehmenden Oberfläche zur O-Spannung, für beide das Massgebende sein muss. Es muss daher in beiden Fällen die einzuschlagende Therapie in der Zuführung von O bestehen, während durch die Zuführung anderer Gase, z. B. Chloroform oder Aether, das Missverhältniss vergrössert wird.

Die Analogie beider Fälle gestattet uns aber auch aus den bekannten Veränderungen nach Blutverlusten Rückschlüsse auf die Veränderungen zu ziehen, die durch Verringerung der O-Spannung beim Aufstieg in grössere Seehöhe entstehen müssen.

Wellan, den 17. Juni 1901.

Referate.

Prof. Tavel und Dr. Krumbein in Bern: Ueber Streptococcenserumtherapie. (Corresp.-Bl. für Schw. Aerzte. 1901 Nr. 8).

Da das von Marmorek im Jahre 1895 dargestellte Antistreptococcenserum sich sehr bald als ganz unwirksam herausstellte und nur zur Erkenntniss führte, dass es bloss bei homologen Streptococceninfectionen von Nutzen sein könne, versuchten Denys und seine Schüler die zu immunisirenden Thiere mit mehreren Streptococcenarten zu behandeln (polyvalentes Serum). Jedoch auch diesem Serum war keine praktische Bedeutung beschieden, da ihm der Fehler anhaftete, dass es infolge Thierpassage thierpathogen geworden war. T. und K. haben nunmehr auch diese Fehlerquelle ausgeschlossen und nur von Menschen stammende Streptococcen in möglichst grosser Varietäten-Anzahl, ohne Thierpassage, auf solchen künstlichen Nährböden fortgezüchtet, die die ursprüngliche Virulenz erhalten. Dieses Berner Antistreptococcenserum wird seit 2 Jahren in der Schweiz mit Erfolg geprüft und theilen die Verf. 13 einschlägige Fälle mit, welche unbedingt zur weiteren Anwendung des neuen Serums auffordern. Es handelte sich um Streptomycosen die meist mit Erysipelen und hohen Temperaturen einhergingen und wohl beweisen dürften, dass in geeigneten Fällen wiederholte Injectionen von je 10 ccm. Antistreptococcenserum, selbst bei ganz kleinen Kindern, eminente Hilfe schaffen.

Fremmert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Max Runge: Lehrbuch der Gynäcologie. (Berlin, Verlag von J. Springer 1902).

Verf. ist bestrebt die Lehren und Forschungsergebnisse, welche in den allgemeinen Besitz der Fachgenossen übergegangen sind, in gedrängter Kürze wiederzugeben. Die Eintheilung und Anordnung des Stoffes ist die allgemein bekannte, Verf. legt auf einige Punkte besonderes Gewicht, so wird die Hygieine und Diätetik des Weibes, wie überhaupt die Physiologie des Weibes, ausführlicher besprochen, als es sonst in Lehrbüchern gleichen Umfanges üblich ist. Auch das Capitel über Menstruationsstörungen (Dysmenorrhoea) ist viel ausführlicher als gewöhnlich behandelt. Datür werden entsprechend dem Zweck eines Lehrbuches operative Verfahren recht kurz neben einander angeführt (z. B. bei der operativen Behandlung der Retroflexio). Ausführlicher wird die Myomotomie besprochen, wobei Verf. sich streng gegen die Anwendung der Seide bei der Fasciennaht ausspricht, «die fast stets später herauseitern» — eine Ansicht, die wohl kaum allgemeine Anerkennung finden wird, da in vielen Kliniken die Seidennaht mit dem besten Resultat angewandt wird.

Eine Anzahl von Abbildungen dient zur Illustration des Textes. Die Darstellung ist eine übersichtliche, die Ausstattung elegant.

Lingen.

Bottazzi. Physiologische Chemie für Studirende und Aerzte. Deutsch von Boruttau. Lief. II. Deuticke.

Vorliegende Lieferung enthält den Schluss der Besprechung der Polysaccharide, sowie die Abhandlung über Verdauung, Resorption, Assimilation und Abbauproducte der Kohlehydrate. Sodann folgt die systematische Abhandlung über die Chemie der Fette, ihre Verdauungsproducte, Assimilation und Resorption. Vom V. Abschnitt, der die Eiweisskörper behandelt, ist nur der Anfang vorhanden. Am Schlusse jeden Abschnittes findet sich ein ungemein reichhaltiges Literaturverzeichniss; so z. B. umfasst dasselbe für Kohlehydrate 200 No., für die Fette 140. Die Darstellung ist klar und übersichtlich, so dass man sich über jede Frage rasch die gewünschte Auskunft holen kann. Der angesetzte Preis von 2 M. pro Lieferung (das ganze Werk soll in 8—10 Lieferungen er-

scheinen) ist in Anbetracht der Fülle und vorzüglichen Behandlung des Stoffes als gering zu bezeichnen.

Ref. behält sich vor nach Erscheinen sämmtlicher Lieferungen das ganze Werk einer angehenden Besprechung zu unterziehen.

Wichert.

Dr. Tiberius v. Györy. Morbus hungaricus. Fischer 1901.

In dieser eingehenden medicinisch-historischen Quellenstudie bemüht sich der Verf. den Leser mit der seuchenartig, namentlich in Ungarn und von dort auch in die anderen europäischen Länder übergehenden, hauptsächlich die Soldateska befallenden Krankheit bekannt zu machen, die von den alten Aerzten «Morb. hungar.» benannt wurde. Seit den Türkenkriegen im 16. Jahrhundert war Ungarn sehr häufig der Schauplatz von verheerenden Invasionen seitens der Feinde und Freunde, und letztere besorgten oft noch gründlicher die Zerstörung. Während die Türken durch ihre strengen Religionsvorschriften zu einer grösseren Reinlichkeit angehalten wurden, sich auch weniger der Völlerei hingaben, excedirten namentlich die Deutschen in dem von der Natur reichgesegneten Lande in unerhörter Weise. In Verbindung mit einer, selbst für die Kriegsführung heutzutage unglaublichen Vernachlässigung der Hygiene gab dieser Umstand die Veranlassung zum Auftreten der Seuche, die nach Auffassung des Verf. als exanthematischer Typhus zu deuten ist.

Das Buch ist fliessend und gefällig geschrieben, enthält viele interessante historische und medicinische Details; unter letzteren seien als Curiosa die Recepte in der damaligen Zeit gegen den Morb. hung. erwähnt.

Wichert.

Vermischtes.

— Prof. O. Petersen ist zum Ehrenmitglied der Tuckum'schen Filiale des Talsen'schen Lepravereins und des Astrachan'schen Lepracomités ernannt worden.

— Der Professor der chirurgischen Hospitalklinik an der Moskauer Universität, Dr. L. Lewschin hat seine Lehrthätigkeit nach Ausdienung von 30 Jahren aufgegeben. Zu seinem Nachfolger ist Prof. Dr. Djakonow, welcher bisher den Lehrstuhl der operativen Chirurgie in Moskau inne hatte, ernannt worden. Zur Besetzung des auf diese Weise vacant gewordenen Lehrstuhls der operativen Chirurgie ist ein Concurs ausgeschrieben worden, zu dem sich die Bewerber bis zum 26. Februar 1902 zu melden und gleichzeitig ihre wissenschaftlichen Arbeiten sowie ihr Curriculum vitae einzureichen haben.

— Der ausserordentliche Professor der Moskauer Universität Dr. Krjukow ist zum ordentlichen Professor auf dem von ihm bekleideten Lehrstuhl der Augenheilkunde ernannt worden.

— Der bekannte Breslauer Chirurg Prof. Dr. Mickulicz ist, wie die örtlichen Blätter melden, vor Kurzem in Charkow gewesen, wohin er zur Vornahme einer Operation bei der Frau des Charkowschen Gouverneurs berufen worden war.

— Im November beging der Oberarzt des Hospitals des Collegiums der allgemeinen Fürsorge in Shitomir Dr. Nikolai Krusenstern das 25jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. Der Jubilar war viele Jahre in St. Petersburg und kurze Zeit auch in Reval als Arzt thätig.

— In der am 28. November stattgehabten Jahresversammlung der St. Peterburger Gesellschaft der Kinderärzte ist der Director des Kinderhospitals des Prinzen von Oldenburg Dr. Rauchfuss — zum Präsidenten, der Privatdocent Dr. A. Russow — zum Vicepräsidenten, die Doctoren M. A. Grzibowski und G. Kouchess — zu Secretären und Dr. K. Schoene — zum Cassirer gewählt worden.

— In dem hiesigen städtischen Alexander-Hospital zum Andenken an den 19. Februar 1861 ist im Dejourzimmer das Portrait des vor 10 Jahren verstorbenen Oberarztes dieses Hospitals Dr. Nikolai Wassiljew aufgestellt worden.

— Herzog Dr. Carl Theodor von Bayern ist von der Akademie der medicinischen Wissenschaften in Brüssel zum Ehrenmitgliede gewählt worden.

— Der neue Generalstabsarzt der preussischen Armee Dr. v. Leuthold ist zum ordentlichen Honorarprofessor in der medicinischen Facultät der Berliner Universität ernannt worden.

— Als Nachfolger des verstorbenen Klinikers Prof. Liebermeister in Tübingen ist, wie verlautet, der Director der medicinischen Klinik in Greifswald Prof. Dr. Krehl in Aussicht genommen.

— Für den durch den Tod Prof. v. Widerhofer's erledigten Lehrstuhl der Kinderheilkunde an der Wiener Universität ist von der medicinischen Facultät Prof. Dr. Escherich aus Graz als einziger Candidat in Vorschlag gebracht worden.

— Die erstmalige Zuerkennung der Nobelpreise im Betrage von je 208,000 Francs, welche für die hervorragendsten Leistungen auf dem Gebiete der Medicin, Physik und Chemie im verflossenen Jahr statutenmässig verliehen werden, ist am 10. December n. St., dem Geburtstage des Stifters, erfolgt. Alle drei Preise sind hervorragenden Forschern in Deutschland zugefallen. Den medicinischen Preis erhielt Prof. Dr. Emil v. Behring (Marburg), der Erfinder des Diphtherie-Heilserums, den Preis für Physik — Prof. Dr. Röntgen (München), der Entdecker der nach ihm benannten Strahlen, und den Preis für Chemie der aus Holland stammende Berliner Akademiker Prof. van't Hoff, welcher bahnbrechend auf mehreren Gebieten der Chemie gewesen ist. Der Friedenspreis ist zur Hälfte dem arm und krank in Genf lebenden Schöpfer der Genfer Convention und des Rothen Kreuzes Henri Dunant verliehen worden.

— Dr. P. S. Speranski, Assistent an der Universitäts-Klinik für Syphilis und Hautkrankheiten in Moskau, hat sich als Privatdocent für diese Fächer daselbst habilitirt.

— Dr. Modlinski (Moskau), welcher wegen Vornahme einer Operation ohne Einwilligung der Patientin vom Moskauer Bezirksgericht zu 7 Tage Arrest und Kirchenbusse verurtheilt wurde, hat, wie aus Moskau gemeldet wird, gegen dieses Urtheil die Appellation angemeldet.

— Ordensverleihungen; Der Weisse Adler-Orden — dem berathenden Mitgliede des Militär-Medicinischen Gelehrten Comités Geheimrath Dr. Nikolai Sklifassowski und dem Militär-Medicinalinspector des St. Petersburger Militärbezirks, Geheimrath Dr. Constantin Schenk. Der St. Wladimir-Orden 2. Classe — dem beständigen Mitgliede des Militär-Medicinischen Gelehrten Comités, Geheimrath Dr. Nikolai Tichomirow. Der St. Wladimir-Orden 4. Classe mit Schwertern für Auszeichnung in den Kämpfen gegen die Chinesen — dem Militär-Medicinalinspecter des Kiewer Militärbezirks wirkl. Staatsrath Dr. Gorbazewitsch und dem Brigadearzt Staatsrath Dr. E. Franzius. Der St. Annen-Orden 2. Classe — dem ordentlichen Professor der Militär-Medicinischen Akademie Staatsrath Dr. Ssergei Botkin; dem Bezirksoculist des Kiewer Militärbezirks Dr. N. Becker; den Divisionsärzten Dr. Alexander Günther, Dr. Joseph Bötticher und dem Brigadearzt Dr. Nikolai Jürgens.

— Befördert: Zum wirklichen Staatsrath — der Oberarzt des St. Petersburger Barackenhospitals zum Andenken an S. S. Botkin, Staatsrath Dr. Possadski und der Corpsarzt des 18. Armeecorps Staatsrath Dr. Popow.

— Verstorben: 1) Am 2. December in St. Petersburg der frühere Privatdocent der Militär-Medicinischen Akademie Dr. Leo Smejew an Paralyse im Alter von 69 Jahren. Der Verstorbene, welcher seine medicinische Ausbildung in Moskau und im Auslande erhalten hatte, war in den sechsziger Jahren Arzt in den kaukasischen Bädern, während des Krieges 1877—78 Oberarzt eines Militärhospitals und von 1883 an Privatdocent der Akademie. S. ist auch vieltach literarisch thätig gewesen, namentlich auf dem Gebiete der Geschichte der Medicin Russlands. Er war aber ein so enragirter Feind der Juden und Ausländer, dass er in sein grosses «Lexikon der russischen ärztlichen Schriftsteller» (5 Hefte) auch nicht einen in Russland als Schriftsteller bekannten jüdischen oder deutschen Arzt aufgenommen hat. — 2) In Moskau am 5. December der Assistent an der Universitätsklinik des Prof. Pospjelow, Dr. S. O. Kracht im 36. Lebensjahre. Nach Absolvirung des Cursus an der Moskauer Universität im Jahre 1886 war K. viele Jahre Assistent an der Klinik des Prof. Pospjelow, bis er wegen geistiger Umnachtung diese Stellung aufgeben musste. — 3) In Philadelphia der Professor der Augenheilkunde an der Pensylvania-Universität Dr. W. F. Norris.

— Auf Initiative des Sanitätsarztes der Moskauer Landschaft Dr. J. W. Popow und des Moskauer Professors Dr. Makejew wird beabsichtigt in Moskau (nach dem Beispiel St. Petersburgs) ein Pirogow-Haus zu erbauen, in welchem alle medicinischen Gesellschaften Moskaus ihre Sitzungen abhalten könnten und Räume für eine Central-Bibliothek, ein Museum, ein Depot von populären hygienischen Schriften etc. vorhanden wären.

— Am 9. December fand die Jahresversammlung der Mitglieder des Instituts für Experimental-Medicin statt, in welcher der Director des Instituts

Prof. Dr. Lukjanow den Rechenschaftsbericht für die Jahre 1900 und 1901 verlas. Wie wir diesem Bericht entnehmen, haben sich in dem Institut im Jahre 1900 — 40 Personen, im Jahre 1901 — 43 Personen beschäftigt und sind aus dem Institut in diesem Jahre 74 wissenschaftliche Arbeiten hervorgegangen. In dem von Dr. Wladimirow geleiteten Laboratorium sind 56.261 Gläser Antidiphtherieserum, 1880 Gläser Antistreptococcen- und Antistaphylococcen-Serum und im Jahre 1901 100.000 Portionen Chawkin scher Antipestlymphe hergestellt worden.

— Der XI. Congress russischer Naturforscher und Aerzte wird in St. Petersburg am 20. December d. J. um 1½ Uhr Mittags im Saale der Adelsversammlung eröffnet werden. Die zweite allgemeine Sitzung findet am 26. December um 7½ Uhr Abends und die dritte allgemeine Sitzung am 30. December um 1½ Uhr Mittags statt. Die Sectionssitzungen sind auf den 21., 22., 23., 24., 26., 27., 28., 29. und 30. December anberaumt. Auf der ersten allgemeinen Sitzung wird der Präsident des Organisationscomités Prof. Menschutkin den Rechenschaftsbericht des Comités erstatten und die Professoren Lukjanow und N. A. Umnow Vorträge halten. Am 19. December findet um 8 Uhr Abends eine Vorversammlung der Congressmitglieder im Saale des Hotel du Nord statt. Das Gesuch um Gewährung von Vergünstigungen für die Eisenbahnfahrten der Congressmitglieder ist vom Finanzministerium abschlägig beschieden worden.
Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 1. Dec. d. J. 8917 (53 wen. als in d. Vorw.), darunter 733 Typhus — (41 wen.), 885 Syphilis — (18. wen.), 412 Scharlach — (1 wen.), 152 Diphtherie — (13 wen.), 76 Masern — (3 mehr) und 12 Pockenkranke — (1 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 25. November bis 1. December 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
386	297	683	95	55	145	20	7	22	62	68	68	59	47	28	7	0

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 23, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 1, Masern 14, Scharlach 20, Diphtherie 23, Croup 5, Keuchhusten 6, Croupöse Lungenentzündung 23, Erysipelas 3, Grippe 4, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 0, Pyämie und Septicaemie 10, Tuberculose der Lungen 108, Tuberculose anderer Organe 17, Alkoholismus und Delirium tremens 4, Lebensschwäche und Atrophia infantum 32, Marasmus senilis 22, Krankheiten der Verdauungsorgane 61, Todtgeborene 38.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 8. Januar 1902.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 17. December 1901.

Dionin

Ersatz für Codein und Morphin, besonders bei Erkrankungen der Respirationsorgane.

Largin

höchstprocentige Silbereiweiss-Verbindung, ausgezeichnet für die Gonorrhoe-, Wund- und Augentherapie.

Jodipin

bewährter Ersatz für Jodkalium Specificum bei tertiärer Lues; bewährt bei Asthma, Emphysem u. Skrofulose.

Stypticin

bewährtes Hämostaticum vorzügl. Mittel in der gynaekolog. und zahnärztlichen Praxis.

Tannoform

ausgezeichnetes Adstringens- und Antidiarrhoicum.

Bromipin

neues Sedativum, insbesondere gegen nervöse Zustände und Epilepsie zu empfehlen.

Diphtherieheilserum

staatlich geprüft, 500-fach und 1000-fach normal.
Die reichhaltige Literatur gratis und franko.



chemische Fabrik — Darmstadt.

Fabrik chemisch-pharmaceutischer Producte

G. Hell & Comp., Troppau und Wien.

Acetopyrin.

Ein neues Antipyreticum und Antineuralgicum gegen Migraine, Neuralgien und Erkältungen, Specificum gegen Influenza, Gelenkrheumatismus und Gicht.

Dosirung: Täglich 6 Pulver à 0,5 bis 1 G am besten in Oblaten.

Siehe wissenschaftliche Abhandlungen:

1. Dr. Winterberg, Wien (Wiener klinische Wochenschrift Nr. 39 v. J. 1900).
2. Dr. Frieser, Wien (Medicin. chirurg. Centralblatt Nr. 15 v. J. 1901).
3. Dr. Bolognesi, Paris (Bulletin Général Therapeutique v. 30. März 1901).
4. Dr. Laumonier, Paris (Presse Médicale v. April 1901).
5. Dr. Goldmann, Wien (Allgem. Wiener Medicin. Zeitung Nr. 14 u. 15 v. J. 1901).

Honthin.

Ein neues vorzügliches Darmadstringens gegen alle Formen von Diarrhoen.

Dosirung: Säuglinge 0,3 G., Kinder 0,5 G., Erwachsene 1 G. täglich 4 bis 5 Mal.

Siehe wissenschaftliche Abhandlungen:

1. Dr. Friedr. Rölbl, Wien (Wiener Klin. Rundschau Nr. 25 v. J. 1900).
2. Dr. J. W. Frieser, Wien (Wiener Medicin. Blätter Nr. 29 v. J. 1900).
3. Dr. Joseph Reichelt, Wien (Wiener Klin. Wochenschr. Nr. 36 v. J. 1900).
4. Dr. Tison, Paris (Bulletin Officiel de la Société Medical des Practiciens Nr. 2 v. J. 1901).
5. Dr. Goldmann, Wien (Reichs-Medicinal-Anzeiger, Leipzig Nr. 9 v. J. 1901).
6. Dr. Dan. Kolpaszky u. Dr. Sztankay (Magyar Orvosi Arch. Nr. 6 v. J. 1900).

NB.: Literatur und Proben zu Versuchszwecken stehen den Herren Aerzten auf Wunsch gern zur Verfügung.

Zu beziehen durch

Stoll & Schmidt, St. Petersburg.

(117) 12—12.

Sanatorium SAN REMO
Riviera
Leitender Arzt Dr. Curt Stern.
Heilanstalt für Lungen- und Halskranke.

Höchster Comfort, Liegehallen, sonniger staubfreier Garten, prachtvolle Aussicht aufs Meer. Prospecte durch die Administration gratis und franco.

(141) 5—5.

Natürliche
Marienbader Brunnensalz

in Glasflaschen à 125 und 250 gr. und Päckchen à 5 gr.

Indicationen:

Als Ersatz der Marienbader Quellen in allen Fällen, wo die Patienten Marienbad nicht selbst aufsuchen können. In diesem Falle ist das natürliche Marienbader Salz nicht nur das billigste, sondern auch das beste Ersatzmittel bei allgemeiner Verfettung, Verfettung der Leber, des Herzens, Obstination, Plethora.

Zu haben in allen Apotheken, Mineralwasser- und Droguenhandlungen und direkt durch die Brunnen-Versendung in Marienbad (Böhmen).

(59) 17—16.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Frau Adelheid von Fersen Catharinencanal 81, Q. 20.
Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.

Дозв. ценз. Спб. 14 Декабря 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 **Mark** jährlich, 10 **Mark** halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten. Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 51 St. Petersburg, 22. December (4. Januar) **1901**

Ueber adenoide Vegetationen.

Von

Dr. v. Rimscha.

Vortrag, gehalten auf dem XIII. Livl. Aerztetage zu Riga.

M. H.! Wenn ich es heute wage vor Ihnen ein specialistisches Thema zu besprechen, so glaube ich mich deswegen dazu berechtigt, weil dieses Thema nur scheinbar specialistischer Natur ist. Jeder Arzt, der mit Kindern zu thun hat, ist gezwungen dieser Frage näher zu treten, ja die ganze Kindererziehung ist so eng mit dieser Frage verknüpft, dass auch der Minister der Volksaufklärung bereits im Jahre 1895 an alle Schulobrigkeiten den Befehl erliess, die Schüler auf adenoide Vegetationen hin zu beobachten, da solche den verbreitetsten und hauptsächlichsten Grund des Zurückbleibens der Schüler in ihrer psychischen und physischen Entwickelung bedingen. Durch populäre Zeitschriften belehrt ist das gebildete Publikum über adenoide Vegetationen, die sogenannte dritte Mandel und deren Symptome genau unterrichtet und es geschieht gar nicht selten, dass Eltern ins Sprechzimmer des Arztes mit der directen Frage treten, ob ihr Kind nicht an einer dritten Mandel leide. Diese grosse praktische Bedeutung der adenoiden Vegetationen hat mich dazu veranlasst, diesen Vortrag hier als Anregung zu einer Discussion zu halten.

Ich beabsichtige nun durchaus nicht das Thema erschöpfend zu behandeln — dazu würde es auch an Zeit mangeln — sondern hauptsächlich die praktischen Fragen zu besprechen, wobei ich mich besonders auf eigene Erfahrungen zu stützen gedenke und die Literatur nur hier und da streifen werde.

Wilhelm Meyer (Kopenhagen) 1868 war der Erste — einige Vorläufer haben keine Bedeutung — der durch Digitaluntersuchung bei einem schwerhörigen jungen Mädchen die vergrösserte Tonsille entdeckte, sie beseitigte und dadurch der Patientin wesentlich nützte. Seit Wilhelm Meyer nennen wir die vergrösserte Rachentonsille «adenoide Vegetation». Ich will es nochmals hervorheben, weil es von grosser Wichtigkeit ist, dass die vergrösserte Rachentonsille «adenoide Vegetationen» genannt wird, denn adenoides Gewebe am Rachendach ist physiologisch. Nach Stöhr beginnt es sich im 3. Fötalmonat zu bilden, um nach dem 11. Jahr sich wieder zurückzubilden. Nicht nur bei Säugethieren, sondern auch bei Vögeln, ja sogar bei einzelnen Amphibien finden wir vorübergehend adenoides Gewebe.

Die adenoiden Vegetationen können ätiologisch zweifacher Art sein:

1. Hypertrophische adenoide Vegetationen. Wir wissen, dass bei Infectionskrankheiten und Nasenrachencatarrhen das adenoide Gewebe anschwillt. Die Anschwellungen gehen, zumal bei entsprechender Schonung meist wieder vollkommen zurück. Bei Mangel an Schonung aber, wie das besonders beim Schnupfen vorkommt, entsteht leicht ein Circulus vitiosus: der Catarrh bringt das adenoide Gewebe zur Anschwellung und letzteres unterstützt den Catarrh. Dass es auf diese Weise zu einer Hypertrophie des adenoiden Gewebes kommt, ist leicht verständlich. Doch scheinen diese hypertrophischen adenoiden Vegetationen nicht wesentlich zu sein. Wichtiger sind:

2. Die adenoiden Vegetationen im engeren Sinne.

Man findet fraglos grosse adenoide Vegetationen bei Kindern, die nie eine Infectionskrankheit, selten einen Schnupfen und dann unter möglichster Schonung durchgemacht haben, so dass von einer Hypertrophie im oben angeführten Sinne nicht die Rede sein kann. Ja ich glaube sogar, dass diese zweite Form der adenoiden Vegetationen die häufigere ist, dass jedenfalls grosse adenoide Vegetationen stets zu dieser zweiten Gruppe gehören. Die Aetiologie für diese Gruppe ist noch recht unklar. Auffallend ist, dass wenn ein Kind einer Familie an adenoiden Vegetationen leidet, fast ausnahmslos auch die anderen Kinder derselben Familie mit Adenoiden behaftet sind, was entschieden für Heredität spricht. Ja in einzelnen Fällen lässt sich sogar eine directe Heredität nachweisen, indem wir bei den Eltern der mit Adenoiden behafteten Kindern noch Adenoidreste vorfinden. Die Eltern geben dann an, dass sie als Kinder auch stets an Catarrhen gelitten haben, die allmählich seltener geworden seien. Doch das sind immer Ausnahmefälle. Gewöhnlich lässt sich die directe Heredität nicht nachweisen, man findet keine Adenoidreste, die Eltern behaupten als Kinder stets gesund gewesen zu sein, höchst selten einen Schnupfen gehabt, nie an Schwerhörigkeit gelitten zu haben, kurz ihnen ist das ganze Heer der Adenoidsymptome vollkommen fremd. Um Ernährungsstörungen kann es sich wohl nicht handeln, denn man findet die adenoiden Vegetationen bei schlecht und gut genährten, schwächlichen und kräftigen Kindern, bei solchen aus armen und reichen Familien. Auch das Klima scheint keine wesentliche Rolle zu spielen, denn adenoide Vegetationen kommen überall vor, sowohl im maritimen als continentalen Klima, im Norden und Süden. Tuberkulose mag eine gewisse Disposition zu adenoiden Vegetationen geben, doch jedenfalls nicht in dem Sinne, dass je vorgeschrittener die Tuberkulose der Eltern, desto grösser die adenoiden Vegetationen der Kinder. Bei der Syphilis liegen die Verhältnisse ähnlich wie bei der Tuberkulose; ohne bestreiten zu wollen, dass sie zu adenoiden Vegetationen disponiren könnte, kann man sie als directe Ursache nicht anführen.

Schalten wir nun die kleine Gruppe der directen Heredität aus, so haben wir für die grosse Mehrzahl keine bestimmte Aetiologie. Wenn man dann immer wieder bei den Eltern nach einer gemeinsamen Aetiologie für diese doch unbedingt hereditäre Anlage forscht, so findet man häufig nichts anderes als allgemeine Nervosität der Eltern. Hat man Gelegenheit mehrere Geschwister mit grosser Altersdifferenz — sagen wir 20 Jahre — zu untersuchen, so scheinen die jüngeren Geschwister mehr zu adenoiden Vegetationen zu neigen als die älteren. Man gewinnt nach all dem Gesagten unwillkürlich den Eindruck, dass es sich bei den adenoiden Vegetationen um eine hereditäre Dyskrasie handelt, zuweilen auf nervöser Basis beruhend, die desto stärker hervortritt, je älter also schwächer die Erzeuger sind. Ich meine, dass die adenoiden Vegetationen mit Ausnahme der hypertrophischen Form überhaupt keine selbstständige Erkrankung sind, sondern nur ein Symptom einer Allgemeinerkrankung dyskrasischer Natur. Die allgemeine Nervosität der Eltern scheint nun in der Aetiologie der adenoiden Vegetationen neben vielen anderen Gründen eine wichtige Rolle zu spielen.

Was die Symptome der adenoiden Vegetationen anbetrifft, so sind Nase und Ohr am häufigsten betheiligt. Nasenverstopfung und dadurch Mundathmung, nasale Sprache, beständiger Schnupfen mit Eczem am Naseneingang, Schwerhörigkeit, Mittelohrentzündungen mit allen event. sehr schweren Complicationen sind die wichtigsten Symptome, die ich aber als allgemein bekannt voraussetzen darf und deshalb nur kurz anführe. Diese möchte ich die directen Symptome nennen.

Nun giebt es eine Menge Symptome, die weniger bekannt, mehr indirecter Natur sind, mit deren Deutung man durchaus vorsichtig sein muss, die aber in der That oft nur von den adenoiden Vegetationen abhängen und mit deren Entfernung vollkommen schwinden.

Beständiges Hüsteln und Räuspern, Stossen der Luft durch die Nase, Verziehen der Nase. Die Eltern sprechen gewöhnlich von schlechten Angewohnheiten ihrer Kinder und wenden sich schliesslich an den Arzt, weil trotz allen Scheltens die Kinder diese Angewohnheiten nicht lassen.

Unruhiger Schlaf, Pavor nocturnus, Bettnässen können direct durch adenoide Vegetationen bedingt sein, kommen aber auch ohne adenoide Vegetationen vor. Man erklärt diese Symptome durch die unnatürliche Mundathmung.

Ein wichtiges Symptom und zuweilen das einzige ist habituelles Nasenbluten.

Auch Magenbeschwerden, Magendruck, besonders Appetitlosigkeit können durch adenoide Vegetationen hervorgerufen werden, da letztere viel Schleim produciren, der von den Kindern nicht ausgespien sondern verschluckt wird. Dieser Schleim haftet an der Magenwand, macht die Verdauung träge und verdirbt den Appetit.

Difformität der Nase, der Zähne und des Gaumens führe ich nur nebenbei an.

Auf eine Symptomgruppe möchte ich etwas genauer eingehen, nämlich: dumpfer eingenommener Kopf verbunden mit Verdriesslichkeit, weinerlicher Stimmung, Unaufmerksamkeit etc.

Man hat sogar ein besonderes Wort «Aprosexie», die Unfähigkeit die Aufmerksamkeit zu concentriren, erfunden, um diesen Zustand kurz zu charakterisiren. Treten diese zuletzt genannten Beschwerden mit den übrigen Symptomen combinirt auf, so sind sie als von den übrigen Erscheinungen abhängig zu betrachten. Wenn ein Kind schlecht schläft, keinen Appetit hat, an beständigem Schnupfen leidet, so liegt es sehr nahe, dass dieses Kind unlustig wird und auch über Kopfweh klagt. Häufig aber treten alle anderen Erscheinungen so sehr in den Hintergrund, dass sie ganz übersehen werden und nur über Kopfschmerz geklagt wird. Das sind nun die Fälle, bei denen, wie oben erwähnt, die Eltern sich an den Arzt mit der directen Frage wenden: mein Kind klagt über Kopfschmerzen und kommt in der Schule nicht recht vorwärts, hat es nicht eine dritte Mandel? M. H.! Es ist nicht zu bezweifeln, dass die adenoiden Vegetationen ein Symptombild hervorrufen können, welches hauptsächlich in den oben genannten nervösen Beschwerden gipfelt und mit einer schlechten geistigen Entwickelung verknüpft ist. Ist dieses Symptomenbild aber wirklich von den adenoiden Vegetationen ab-

hängig, dann finden wir auch stets andere Symptome, die nur übersehen worden sind.

Finden wir aber ein geringes adenoides Polster am Rachendach und nur diese nervösen Symptome, so sollen wir bedenken, dass dieses adenoide Polster physiologisch ist und daher unmöglich für genannte Beschwerden verantwortlich gemacht werden kann und dass wir in solchen Fällen durch eine Operation nicht helfen sondern schaden. So erfreulich es ist zu sehen, dass nach einer Adenoidoperation die geistigen Fähigkeiten unserer kleinen Patienten sich wesentlich steigern, dass nach Angaben der Eltern die Kinder bessere Fortschritte in der Schule machen, dass verdriessliche, weinerliche Kinder frisch und munter werden, so erfreulich dieses Bild ist, so unerfreulich die Thatsache, dass durch kritikloses Operiren dieser so segensreiche Eingriff discreditirt wird. Ich komme bei der Therapie nochmals darauf zurück.

Die Diagnose «adenoide Vegetationen» soll womöglich durch eine doppelte Untersuchung, sowohl ante- als postrhinoscopisch gestellt werden. Erst auf diese Weise sind wir im Stande uns über die Grösse und den Sitz der adenoiden Vegetationen ein richtiges Bild zu machen. Häufig werden wir durch unsere Patienten — es sind ja meist Kinder — gezwungen, uns auf eine Untersuchungsmethode zu beschränken. Doch auf die eine oder andere Art gelangen wir stets zum Ziel und wenn auch nicht beim ersten Mal, so doch nach einigen Sitzungen. Eine Untersuchung mit dem Finger ist als roh zurückzuweisen, sie macht zuweilen mehr Beschwerden als die ganze Operation. Bei kleinen Kindern, also ungefähr bis zum 4. Jahr, bei denen die Spiegeluntersuchung in der That häufig unmöglich ist, kann bei Verdacht auf adenoide Vegetationen die Digitaluntersuchung vorgenommen werden; es soll aber bei positivem Resultat der eingeführte Finger die ganz weichen Vegetationen sofort zerdrücken, so dass mit der Untersuchung auch zugleich der therapeutische Eingriff ausgeführt ist.

Zum Schluss kommen wir zum praktisch wichtigsten Abschnitt unseres Themas, zur Therapie der adenoiden Vegetationen. Dieselbe ist neben einer roborirend-diätetischen eine rein chirurgische. Zwei Fragen treten an uns heran:

1. Wann sollen wir operiren?
2. Wie sollen wir operiren?

Frage 1. Wann sollen wir operiren?

Von vornherein müssen wir bedenken, dass der ganze Symptomencomplex der adenoiden Vegetationen — feste Nase, häufiger Schnupfen, Neigung zu Catarrhen, schlechter Appetit, Verdriesslichkeit etc. — auch ohne adenoide Vegetationen vorkommen kann, und dass andererseits grosse adenoide Vegetationen so gut wie symptomlos verlaufen können. Es kommen Fälle vor, in denen correct ausgeführte Adenoidoperationen ganz ohne Erfolg bleiben. Es handelt sich dann um Kinder, die den ganzen Symptomencomplex der adenoiden Vegetationen zeigen und auch in der That mit Adenoiden behaftet sind, bei denen aber die Beschwerden nicht direct von den Adenoiden sondern von ihrer allgemein schwächlichen Constitution abhängen. Werden nun bei solchen Kindern die adenoiden Vegetationen entfernt, so ist damit garnicht genützt, sondern das Kind durch den operativen Eingriff event. sehr heruntergekommen. Solche krasse Beispiele sind selten; dass aber der Effect der Operation stark hinter den Erwartungen zurückbleibt, ist häufig. Die adenoiden Vegetationen sind eben meist wie vorhin erwähnt, keine selbstständige Krankheit, sondern nur ein Symptom einer Allgemeinerkrankung. Durch die Entfernung der adenoiden Vegetationen setzen wir den Patienten unter günstige Bedingungen — freie Nasenathmung, ruhiger Schlaf, guter Appetit etc. — so dass die Allgemeinerkrankung dann von selbst weicht resp. wir sie mit Erfolg bekämpfen können. In vielen Fällen, wo die Symptome der adenoiden Vegetationen nicht in den Vordergrund treten, thun wir gut, uns auf eine Allgemeinbehandlung zu beschränken. Ferner müssen wir bedenken, dass die adenoiden Vegetationen nach der Pubertät unter allen Umständen einer Rückbildung anheimfallen. Auf der Höhe ihrer Entwickelung trifft man sie bei 5—11jährigen Kindern. Doch ist es andererseits wichtig zu wissen, dass der Erfolg der Operation nicht in jedem Alter der gleiche ist. Je älter das Individuum, desto geringer der Erfolg. Nach der Pubertät ist der Erfolg stets fraglich. Bei grossen adenoiden Vegetationen, auf deren vollständige Rückbildung wir kaum rechnen können, wäre es falsch die Operation hinauszuschieben, denn wir würden durch unnützes Warten den Effect der Operation herabsetzen.

Ich habe oben erwähnt, dass man die adenoiden Vegetationen in Zusammenhang mit Tuberkulose bringt. Ich kann diesen Punkt nur flüchtig streifen. Die Untersuchungen der adenoiden Vegetationen auf Tuberkulose schwanken bei den einzelnen Autoren nach Piffe zwischen 0 und 20 pCt. Wie Sie sehen Resultate, mit denen wenig anzufangen ist. Wichtig für uns ist jedoch, dass mehrere Autoren dafür plaidiren, auch kleine adenoide Vegetationen zu entfernen, um eine Tuberkuloseinfection zu vermeiden. Die Frage, wie weit die Furcht berechtigt ist, dass adenoide Vegetationen eine Infection mit Tuberkulose begünstigen — nach Anderen wirken sie als Schutzapparat — ist noch lange nicht abgeschlossen. Die Eltern verlangen mit Recht, dass wenn sie ihr Kind der Gefahr einer Operation aussetzen, sie einen ostentativen Nutzen sehen wollen. Sollte diese Präventivoperation Anklang finden, so würden natürlich in erster Linie Tuberkulöse ihre Kinder zur Operation bringen. Jedes operirte Kind aber, dass dennoch tuberkulös wird und ich glaube nicht, dass wir dadurch die Tuberkulose aus der Welt schaffen, gilt in den Augen des Publikums als ein Beweis für die zwecklose Operationslust der Aerzte und discreditirt nicht nur die Präventivoperation sondern die Adenoidoperation überhaupt. Ich muss noch hervorheben, dass die Adenoidoperation unter Umständen eine wesentliche Verschlechterung des Allgemeinbefindens hervorrufen kann. Wir haben es ja meist mit Kindern von lymphatischem Habitus zu thun, an deren Lebenskraft wir so wie so nicht allzu grosse Anforderungen stellen dürfen und muss noch die Operation womöglich unter Narkose gemacht werden, so kann der Eingriff event. so nachhaltig sein, dass die Kinder Monate brauchen, um sich wieder vollständig zu erholen. Dass eine eventuelle Nachblutung, die mit Sicherheit nie ausgeschlossen werden kann, die Operation noch eingreifender gestaltet, ist selbstverständlich. Alle diese Gründe sprechen gegen die Präventivoperation. — Wenn ich noch bemerke, dass während eines acuten Catarrhs die adenoiden Vegetationen anschwellen und man dabei über ihre wirkliche Grösse kein Urtheil hat, dass ausserdem die Operation während des acuten Catarrhs eher Nachblutungen resp. Fortpflanzung des Catarrhs aufs Mittelohr befürchten lässt, so geht daraus weiter hervor, dass wir während eines acuten Catarrhs von einer Operation abstehen werden.

Nach all' dem Gesagten möchte ich unsere erste Frage, wann sollen wir operiren, folgendermassen beantworten:

Wir sollen operiren, wenn die adenoiden Vegetationen dauernd oder wiederholt Folgeerscheinungen hervorrufen, die den Patienten ernstlich belästigen und die

wir mit Sicherheit auf sie beziehen können. Bei unwesentlichen Erscheinungen soll roborirend diätetisch mit entsprechender Localbehandlung vorgegangen werden. Aber auch geringe Folgeerscheinungen zwingen zur Operation, wenn sie auf grosse adenoide Vegetationen zurückzuführen sind, da wir auf deren vollständige Rückbildung kaum rechnen dürfen oder wenn sie das Gehörorgan betreffen, da dadurch irreparable Störungen veranlasst werden können.

Wir sollen nicht operiren beim acuten Catarrh; ferner nicht als Präventivmassregel gegen Tuberkulose; noch eine Contraindication ist Hämophilie.

Bei nervösen Symptomen sollen wir in der Indicationsstellung recht vorsichtig sein, weil wir hier am leichtesten Täuschungen unterliegen und am ebesten Gefahr laufen, die Operation unnütz auszuführen.

Frage 2. Wie sollen wir operiren?

Im Gebrauch sind Zangen, Löffel, Ringmesser, Schlingen etc. Am gebräuchlichsten ist entschieden das Gottstein'sche Ringmesser und verschiedene Modificationen desselben. Ich bevorzuge die Beckmann'sche Modification, doch kann ich nicht näher darauf eingehen, um nicht zu specialistisch zu werden.

Wichtiger für den Arzt erscheint mir die Frage: Sollen wir mit oder ohne Narkose operiren? Die Meinungen sind sehr getheilt. Es giebt Autoren, die nur unter Narkose operiren und andere, die eine Adenoidoperation unter Narkose für einen Kunstfehler halten. Meiner Meinung nach sollen wir die Operation womöglich ohne Narkose machen und ich halte es für falsch, wenn wir zur Narkose einer ängstlichen Mutter wegen greifen, die ihrem Kinde nur ja jeglichen Schmerz ersparen möchte. Wir haben es nun einmal mit Kindern von lymphatischem Habitus zu thun, bei denen bekanntlich ein unangenehmer Zwischenfall bei der Narkose wohl eher zu erwarten ist als bei normalen Kindern. Sind auch die Angaben von Todesfällen in der Literatur recht spärlich. so genügen auch diese wenigen, um womöglich eine Narkose zu vermeiden. Andererseits dürfen wir auch nicht ins andere Extrem verfallen und um auf jeden Fall ohne Narkose zu operiren, Kinder an den Stuhl binden oder von 5 Mann halten lassen. Solche Gewaltakte müssen unter jeder Bedingung vermieden werden. Wir müssen, kurz gesagt, streng individualisiren. Ist das Kind im Stande ohne besondere Beschwerden das Pinseln des Nasenrachenraumes zu vertragen, so soll es ohne Narkose operirt werden. Macht das Pinseln auch nach wiederholten Versuchen immer wieder ausgesprochene Beschwerden, so soll die Operation lieber unter Narkose gemacht worden, denn erstens ist der Erfolg der Operation ohne Narkose bei solch' unruhigem Kinde ein fraglicher und zweitens ist der psychische Shok ein zu grosser, so dass ich in solchen Fällen die Narkose anwende.

Wird ohne Narkose operirt, so halte ich es für wichtig, dass die Mandel mit einem Schnitt entfernt wird, denn jeder folgende Schnitt bezweckt wenig, ist aber sehr schmerzhaft. Gelingt solch' eine Operation glatt, wie es die Regel ist, so ist sie in der That ein so leichter, wenig schmerzhafter Eingriff, dass sie kaum den Namen Operation verdient. Und welch' schöner Erfolg!

M. H.! Wir haben allen Grund durch vorsichtige Indicationsstellung den Glauben des Publikums an diese Operation nicht zu erschüttern, denn es giebt nicht viele operative Eingriffe, die so rasch ausgeführt, so geringe Beschwerden machen und die so viel zu leisten im Stande sind.

Bei der Nachbehandlung haben wir nur durch Ruhe und Vermeiden von heissen Getränken resp. Speisen dafür zu sorgen, dass keine Nachblutung folgt. Um eine event. Infection vom Munde zu vermeiden, lasse ich den Mund mit 2proc. Borsäurelösung spielen. Die durch die Operation gesetzte Wunde heilt am schnellsten und reactionslos, wenn wir jegliche Manipulationen wie Spülungen der Nase resp. Einträufelungen in dieselbe etc. unterlassen.

Nach der Adenoidoperation müssen wir immer darauf gefasst sein, dass Reste nachbleiben, wie das bei der unbequemen Lage der adenoiden Vegetationen und bei der Unmöglichkeit unter Beleuchtung zu operiren leicht verständlich ist. Ganz kleine Reste schrumpfen von selbst. Zur Entfernung grösserer ist die Nasenschlinge sehr empfehlenswerth. Ist der Bau der Nase ungünstig oder sitzen die Reste so unbequem, dass wir sie mit der Schlinge nicht fassen können, so sind wir nicht selten gezwungen die Adenoidoperation zu wiederholen. Dass solche Reste Veranlassung zu Recidiven geben, scheint selten. Man erlebt aber häufig, dass nach Entfernung eines grossen Klumpens adenoider Vegetationen nach einer Woche bereits der Nasenrachenraum wieder so mit Adenoiden angefüllt ist, dass man den Eindruck hat als wäre gar nicht operirt worden. In solchen Fällen kann füglich von Recidiven nicht die Rede sein, sondern die nachbleibenden Reste haben sich ausgedehnt. Eine sehr häufige Erscheinung bei Nasenpolypen. Wirkliche Recidive scheinen selten, es sind meistens wohl Reste, die als Recidive imponiren.

Zum Schluss noch eine Eigenthümlichkeit der adenoiden Vegetationen, dass sie auf dem Lande weniger Beschwerden machen als in der Stadt. Ich habe Geschwister mit adenoiden Vegetationen von annähernd gleicher Grösse behandelt, von denen die eine Schwester in der Stadt erzogen wird und über ausgesprochene Beschwerden klagt, während ihre Schwester auf dem Lande gar keine Beschwerden hat. Eine Familie, die bisher auf dem Lande gelebt hat und stets gesund gewesen ist, zieht zur Stadt und im nächsten Winter beginnen alle Kinder an beständigem Schnupfen und häufigen Anginen zu leiden. Die Untersuchung ergiebt mittelgrosse adenoide Vegetationen, die auf dem Lande symptomlos verlaufen sind. Ich glaube dafür nicht nur die bessere Luft auf dem Lande verantwortlich machen zu müssen — die angeführten Beispiele beziehen sich auf den Winter — sondern auch das ruhigere Leben auf dem Lande. Meine oben ausgesprochene Vermuthung, dass die Nervosität der Eltern im Stande ist, unter Umständen im kindlichen Organismus eine Wachsthumsstörung hervorzurufen, die ihren Ausdruck in grossen Anhäufungen von adenoidem Gewebe am Rachendach findet, möchte ich noch weiter dahin entwickeln, dass auch die Art und Weise des Lebens des Kindes auf diese adenoiden Vegetationen Einfluss hat. Je ruhiger und gleichmässiger, je natürlicher das Leben des Kindes verläuft, desto weniger incommodiren die adenoiden Vegetationen. Ich empfehle daher stets meinen Patienten, deren Kinder an adenoiden Vegetationen leiden, ihre Kinder so lange als möglich auf dem Lande zu erziehen.

M. H.! Dass ich mit diesem Vortrag mein Thema nicht erschöpft habe, ist selbstverständlich. Ist es mir aber gelungen, für dasselbe Ihr Interesse zu erregen, so bin ich zufrieden.

Das Gesagte möchte ich in folgende Schlusssätze zusammenfassen:

1. Adenoides Gewebe am Rachendach ist im Kindesalter physiologisch.

2. Nur bei starker Zunahme dieses adenoiden Gewebes sind wir von einem pathol. Zustand «adenoide Vegetationen» zu sprechen berechtigt.

3. Die Grösse der adenoiden Vegetationen kann während eines acuten Catarrhs nicht bestimmt werden.

4. Die adenoiden Vegetationen sind in den meisten Fällen nur ein Symptom einer Allgemeinerkrankung und muss daher therapeutisch ausser ihrer Entfernung stets eine Allgemeinbehandlung eingeleitet werden.

5. In der Aetiologie der adenoiden Vegetationen scheint neben vielen anderen Gründen allgemeine Nervosität der Eltern eine wichtige Rolle zu spielen.

6. Ob die Adenoidoperation mit oder ohne Narkose gemacht werden soll, muss von Fall zu Fall entschieden werden.

7. Die Entfernung der adenoiden Vegetationen nach der Pubertät ist nicht mehr von so gutem Erfolg begleitet als in den Kinderjahren.

8. Die Adenoidoperation als Präventivmassregel gegen Tuberkulose ist von fraglichem Werth und könnte den sonst so segensreichen Eingriff leicht discreditiren.

9. Die Beschwerden bei adenoiden Vegetationen sind auf dem Lande geringer als in der Stadt.

10. Die Untersuchung mit dem Finger ist nur ausnahmsweise gestattet.

11. Recidive sind selten.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

Prof. Dr. Holger Mygind (Kopenhagen): Kurzes Lehrbuch der Krankheiten der oberen Luftwege. Mit 65 Abbildungen. Verlag v. Oscar Coblenz, Berlin 1901. 252 S.

In dem vorliegenden kurzgefassten Lehrbuche wollte Verf. kein Werk für Specialisten, sondern nur einen Leitfaden liefern, in welchem der praktische Arzt alles das über Mund-, Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten findet, was er in seiner allgemeinen Praxis nöthig hat. Dem entsprechend haben diejenigen Krankheiten der oberen Luftwege, mit welchen jeder praktische Arzt häufig zu thun hat, eingehende Besprechung gefunden, während die seltener vorkommenden Affectionen dieser Organe möglichst kurz behandelt werden. Aus demselben Grunde beschränkt sich Verf. auch bei der Therapie hauptsächlich auf diejenigen Behandlungsmethoden, welche jeder Arzt zu beherrschen im Stande ist. Das Buch zerfällt in drei Hauptabschnitte, unter welchen der erste auf 26 Seiten eine anatomische Einleitung enthält, in welcher die topographischen und anatomischen Verhältnisse der Schleimhaut geschildert werden, ohne deren Kenntniss die Pathogenese, Symptomatologie und Diagnostik der hier auftretenden Krankheiten nicht verstanden werden kann. Nach einigen physiologischen Bemerkungen über die Functionen der oberen Luftwege, folgen dann im II. Abschnitt auf 44 Seiten die allgemeine Aetiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie dieser Krankheiten. Eine ausführliche Schilderung erfährt namentlich die Technik der Untersuchungsmethoden (Rhinoskopie. Laryngoskopie etc.), welche auch durch höchst gelungene Illustrationen im Text veranschaulicht werden. Ebenso werden bei der allgemeinen Therapie die Ausspülungen der betreffenden Höhlen, die Pinselungen, die Stillung von Blutungen etc. ausführlich besprochen. Im III. umfangreichsten Abschnitte endlich, welcher 163 S. umfasst, werden die einzelnen Krankheiten der Nase, der Mund- und Rachenhöhle und des Kehlkopfs eingehend beschrieben und die Aetiologie, pathologische Anatomie, Symptome, Diagnose, Prognose und die specielle Behandlung derselben erledigt. Am Schluss des Buches ist ein differential-diagnostisches Schema zur Unterscheidung der Tuberculose, des Lupus, der Syphilis und des Carcinoma des Kehlkopfs von einander, sowie eine Reihe bewährter Receptformeln bei Krankheiten der Luftwege beigefügt.

Die Darstellung ist eine übersichtliche und die Schilderung der Symptome, Untersuchungs- und äusseren Behandlungs-Methoden durchweg anschaulich und klar, wozu auch die zahlreichen trefflichen Abbildungen, welche meist Reproductionen nach Originalphotographien sind, viel beitragen. Aus dem Gesagten geht hervor, dass das vorliegende Lehrbuch den vom Verf. im Auge gehabten Zweck, praktischen Aerzten und Studirenden zur Diagnose und Behandlung der Nasen-, Rachen- und Kehlkopfkrankheiten Anleitung zu geben, vollkommen erfüllt.

Die äussere Ausstattung des Buches ist, wie wir das bei der Coblenz'schen Verlagshandlung gewohnt sind, eine durchaus vornehme: Papier und Druck lassen nichts zu wünschen übrig. Bernhoff.

Mittheilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 16. Mai 1901.

1. Dr. v. Rimscha stellt eine Patientin vor, welche eine Lähmung des rechten Stimmbandes hat und trotzdem, wie er demonstrirt, nicht heiser ist. Die Stimme der Patientin besitzt für ein wenig geübtes Ohr nichts anormales in ihrem Klang. Eine bestimmte Ursache für die Lähmung hat er nicht finden können, vielleicht liegt sie in einem vor 6 Jahren überstandenen schweren Typhus abdominalis. — Die Lähmung müsste dann, ohne dass Patientin dieselbe bemerkt hätte, schon eben so lange bestehen.

Dr. v. Bergmann hebt hervor, dass bei einer completen Paralyse auch nur eines Stimmbandes sich auffallende Veränderungen in der Phonation bemerkbar machen müssten, dagegen braucht keine oder nur die kaum merkliche Heiserkeit zu bestehen, sobald nur die Abductionsfähigkeit des Stimmbandes gelähmt sei. Als Ursache solcher Lähmungen lässt sich bisweilen eine hochliegende kleine Struma nachweisen.

Dr. v. Rimscha giebt an, dass das rechte Stimmband in vorliegendem Falle in Cadaverstellung stehe. Eine genauere Untersuchung der Patientin in Betreff der Ursache der Lähmung habe durch die Herren Collegen Dr. Vierhuff und Dr. v. Sengbusch stattgefunden.

Dr. Vierhuff bestätigt, dass er trotz genauer Beobachtung des Falles keine Ursache für die Lähmung des Stimmbandes habe finden können, auch die von Dr. v. Sengbusch vorgenommene Untersuchung mit Röntgenstrahlen habe nicht Klarheit in die Diagnose des Falles bringen können.

Dr. Hampeln ist der Ansicht, dass zu Beginn der Erkrankung eine Heiserkeit bestanden haben müsste, mit der Zeit ist das gesunde Stimmband vikarirend eingetreten und habe die Stimme daher an Heiserkeit verloren. Bei Aneurysma der Aorta gebe es zuweilen Recurrenslähmungen ohne auffallende Heiserkeit. Er beobachtet schon seit langer Zeit 2 Fälle von Recurrenslähmung, bei denen gleichfalls klinisch keine Ursache fur die Lähmung nachzuweisen sei; die Röntgenphotographie leistet in diesen Fällen auch noch sehr wenig. Es könne sich um Drüsenschwellungen hinter dem Sternum oder mediastinale Schwielen handeln. Das Aneurysma Aortae glaubt er bei seinen 2 Fällen ausschliessen zu können, da im Zustande der Patientin sich eine zu lange Zeit hindurch nichts geändert habe.

Dr. Ed. Schwarz führt an, dass bei Tabes dorsalis nicht selten eine Abductionslähmung der Stimmbänder auftrete; oft fehlt bei derartigen Lähmungen jede Heiserkeit der Stimme.

2. Dr. v. Rimscha demonstrirt einen Fall von tertiärer Lues mit besonders grossem Defecte am Gaumen. (Die beabsichtigte Demonstration muss wegen Erkrankung des Patienten an Pneumonie unterbleiben.)

H. K., 28 a. n., ist vor 3 Jahren luetisch inficirt. Sofort energisch behandelt: im ersten Jahre 100 Einreibungen, im zweiten Jahre 30 Einreibungen und wiederholt Jodkali.

Seit 1 Jahr bemerkt Patient starken Gestank aus der Nase, hat sich aber wegen schlechter pecuniärer Verhältnisse nur vorübergehend behandeln lassen. — Seit 5 Wochen steht Patient in klinischer rationeller Allgemeinbehandlung. Trotzdem sich Patient in diesen 5 Wochen wesentlich erholt hat, ist in Bezug auf den Gestank aus der Nase keine Besserung eingetreten. Von Dr. A. Berg mir freundlichst überwiesen, sah ich Patienten zum ersten Mal am 15. Februar 1901. Patient mittelmässig genährt, zeigt ausser einer kranken Nase keine luetischen Erscheinungen.

Nase, rechts: Crista, sehr eng, keine Ulcerationen, mit der Sonde auch keine Caries nachweisbar.

Links: voll von Granulationen, Caries der unteren und mittleren Muschel.

Rachen: auf der hinteren Rachenwand grosses Ulcus in Heilung begriffen, postrhinoskopische Untersuchung nicht möglich.

Die beiden oberen Schneidezähne fehlen und in der Lücke sieht man den schwarz verfärbten, stark übelriechenden Knochen. Von der Zahnlücke zur linken Nasenseite Perforation. Am harten Gaumen an mehreren Stellen, besonders an der Uebergangsstelle zum weichen Gaumen, schmerzhafte geschwollene Partien mit Fluctuationsgefühl.

Allgemeinbehandlung: die Schmiercur wird vorläufig ausgesetzt und Jodkali bis 3,0 pro die, verbunden mit Schwitzbädern, verordnet.

Die linke Nasenseite wird ausgeräumt, wobei es sich herausstellt, dass die Caries bis tief in die Highmorshöhle

reicht — und dadurch die vollkommen aufgehobene Nasenathmung wieder hergestellt. Der Gestank hält an. Der täglich erwartete Durchbruch des harten Gaumens tritt nicht ein. Von der Zahnlücke aus den cariösen Knochen zu entfernen misslingt; es wird darauf der cariöse Knochen täglich mit Jodtinctur gepinselt. Der Erfolg ist sehr zufriedenstellend, der cariöse Knochen sintert unter der Jodtinctur zusammen.

Am 14. März stellen sich Durchfälle ein. Jodkali wird ausgesetzt und Syrup ferr. jodat. c. Syrup simpl. aa 3 Mal täglich 1 Theelöffel verordnet.

Am 19. März wird rechts ein grosses cariöses Knochenstück durch die Zahnlücke entfernt, — am 20. März gelingt derselbe Eingriff links.

Der Geruch schwindet vollkommen. Patient erholt sich rasch, sieht wohl aus und kann wieder seinen Geschäften nachgehen.

Entfernt wurde die horizontale Platte des Oberkieferbeines und des Gaumenbeines beiderseits. Nur entsprechend dem Septum in der Mittellinie hat der harte Gaumen einen Halt. Das Septum selbst zeigt eine mittelgrosse Perforation. Trotz des grossen Knochendefectes hat Patient fast gar keine Beschwerden, — die Entfernung des zähen Schleimes aus der Nase muss zuweilen künstlich durch Spülungen vorgenommen werden — und bei oberflächlicher Beobachtung der Mundhöhle sieht man kaum pathologische Veränderungen.

Der Fall ist insofern von grossem Interesse, als es gelungen ist, den Durchbruch des harten Gaumens zur Mundhöhle mit allen unangenehmen Folgen zu verhüten. — Mir scheint, dass ich diesen selten guten Erfolg im Wesentlichen den Schwitzbädern, bei innerlichem Jodkaligebrauch und der localen Jodtincturbehandlung verdanke. Das Princip der Behandlung bei der luetischen Knochenerkrankung soll einerseits so conservativ als möglich sein, andererseits soll das der Necrose Verfallene so rasch als möglich entfernt werden, um ein Fortschreiten des Processes zu verhindern.

(Autoreferat.)

3. Dr. C. Brutzer demonstrirt eine Maschinenverletzung der rechten Hand, — durch eine plastische Operation geheilt.

R. P., 17 Jahre alt, ein kräftiger gesunder Junge wurde am 15. Februar 1901 bei der Arbeit in der Cellulosefabrik in Schlock an der rechten Hand verletzt. Am 17. Februar kam er in einem Nothverband zur Behandlung in das Stadtkrankenhaus in Riga und wurde in die chirurgische Abtheilung des Herrn Dr. A. v. Bergmann aufgenommen. Die 3 letzten Finger der rechten Hand waren im Metacarpophalangealgelenk abgerissen, beim 2. Finger war dieses Gelenk noch erhalten, der Finger fehlte von der Mitte der 1. Phalanx an. Die Haut des Handrückens war von der Handwurzel an vollständig abgeschält, ebenso in der Handfläche bis über die Ballen der oben genannten Gelenke; nur der Daumen war von intacter Haut bekleidet und functionirte auch normal.

Zur Deckung des Defectes wurde in Chloroformnarcose die Haut auf der Brust des Patienten bis auf den Bauch durch 2 senkrechte ca. 10 Ctm. lange Schnitte in einem Abstand von 12 Ctm. durchtrennt und der zwischen diesen Schnitten liegende Lappen mit dem Unterhautfett von der Fascie abgehoben, ohne den Contact oben und unter zu trennen. In diese Hauttasche wurde die verletzte Hand nach Säuberung der Wundfläche wie in einen Muff geschoben und der Lappen rechts und links an die Wundränder dorsal und volar genäht. Auf die Brustfascie war ein Gazestück gelegt worden, um ein Verwachsen der Hand mit der Unterlage zu verhindern.

Trotz eintretender Eiterung der Wunde und den Verlauf complicirender Pneumonie war der Lappen angeheilt, als am 2. März 1901 die Hautbrücken oben und unten unter Eucaininfiltration durchtrennt wurden und die Hand dadurch wieder frei wurde. Um die Granulationsfläche auf der Brust schneller zu überhäuten, wurde am 1. Mai 1901 eine Transplation vom Oberschenkel des Patienten, nach Thiersch, vorgenommen.

Der Lappen auf der Hand ist jetzt fest angeheilt, von einer fast linearen Narbe umzogen und von reichem Fettlager unterpolstert, so dass Patient seine Hand unbeschadet auch starkem Druck aussetzen kann. Das Handgelenk functionirt normal, ebenso der Daumen, der durch die Verbände zeitweilig versteift war; auch der Stumpf der 1. Phalanx des 2. Fingers ist unter dem ihn überziehenden Lappen beweglich und wird beim Schreiben und bei anderen Verrichtungen benützt.

(Autoreferat.)

4. Dr. Hugo Berg demonstrirt einen Fall von Lichen ruber planus.

M. H.! Ich bin in der Lage Ihnen heute einen Fall von Lichen ruber planus zu demonstriren, der die Charaktere dieser seltenen Krankheit in so typischer Form aufweist, wie man es sicher nur ausnahmsweise zu Gesicht bekommt.

Unter Lichen versteht man knötchenförmige Hautveränderungen, bei denen die Knötchen in der ganzen Zeit ihres Bestandes keine weiteren Veränderungen zu Bläschen oder Pusteln erfahren, sondern sich als solche wieder zurückbilden.

Mit Lichen ruber bezeichnet man Hautausschläge von klinisch sehr wechselnden Formen, deren Grundform Knötchen darstellen, die sich histologisch als entzündliche Neubildungen in Folge kleinzelliger Infiltration erweisen.

Der Lichen ruber planus ist charakterisirt durch flache, bräunlich-rothe, wachsglänzende, nicht schuppende Erhebungen, in deren Mitte meist eine kleine Delle sichtbar ist. Die Form dieser Erhebungen ist entsprechend der normalen Felderung der Haut polygonal.

Die Abheilung erfolgt unter leichter Depression der Oberfläche und grauschwarzer Verfärbung.

Subjectiv besteht starkes Jucken. Aetiologisch ist die Erkrankung bisher unaufgeklärt. Die Krankheit gilt für nicht infectiös, doch ist neuerdings die Vermuthung ausgesprochen worden, dass es sich um eine parasitäre Affection handeln könnte.

Die Prognose ist günstig, Arsentherapie meist zur Heilung führend.

(Autoreferat.)

Stellv. Secretär: Dr. med. A. Berkholz.

Vermischtes.

— Zum Präsidenten der «Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit» wurde in der letzten Sitzung der Gesellschaft der Ober-Medicinalinspector der Flotte, Ehrenleibchirurg Dr. W. Kudrin gewählt.

— Zum Präses der V. Section (für Balneologie und Klimatologie) der «Russischen Gesellschaft zur Wahrung der Volksgesundheit» ist an Stelle des Professors Pasternazki der Privatdocent der Militär-Medicinischen Akademie Dr. Sigrist gewählt worden.

— Der ausserordentliche ältere Medicinalbeamte beim Medicinaldepartement, wirkl. Staatsrath Dr. Stein ist zum Mitgliede des Medico-philantropischen Comités, welches mit den Obliegenheiten des medicinischen Curators des Roshdestwenski-Stadttheils in St. Petersburg betraut ist, ernannt worden.

— Der Vicepräsident des Medico-philanthropischen Comités, Consultant für Ohrenkrankheiten bei den St. Petersburger Anstalten der Kaiserin Maria, wirkl. Staatsrath Dr. Luppian, ist seiner Bitte gemäss vom erstgenannten Posten enthoben worden.

— Der ausserordentliche Professor der Kinderkrankheiten an der Militär-Medicinischen Akademie Dr. Gundobin ist zum ordentlichen Professor ernannt worden.

— Zum stellvertretenden Gouvernements-Medicinalinspector von Astrachan ist der dem Ackerbaudepartement des Ministeriums des Ackerbaus und der Reichsdomänen zugezählte Dr. Schmidt ernannt worden.

— Ordensverleihungen; Den St. Annen-Orden 1. Classe — dem Gehilfen des Chefs der Ober-Militär-Medicinalverwaltung, Geheimrath Dr. N. Speranski und dem Mitgliede des Militär-Medicinischen Gelehrten Comités, wirkl. Staatsrath Dr. M. Reich. Der St. Stanislaus-Orden 1. Classe — dem beständigen Mitgliede des Militär-Medicinischen Gelehrten Comités, wirkl. Staatsrath Dr. Raptschewski; dem Professor der Kiewer Universität, wirkl. Staatsrath Dr. Tritschel, dem Militär-Medicinalinspector des Wilnaschen Bezirks, wirkl. Staatsrath Dr. Wosnessenski und dem dim. Arzt zu besonderen Aufträgen V. Classe im kaukasischen Militärbezirk, wirkl. Staatsrath Dr. J. Pantjuchow. Der St. Wladimir-Orden 3. Classe — den wirkl. Staatsräthen: Dr. P. Heinz, Gehilfe des Chefs der Ober-Militär-Medicinalverwaltung, und Dr. A. Duschinski, Oberarzt des St. Petersburger Nikolai-Militärhospitals.

— Dem älteren Arzt des St. Petersburger Posthospitals, wirkl. Staatsrath Dr. Mitrofanow ist ein Geschenk mit dem Allerhöchsten Namenszuge Sr. Kaiserlichen Majestät verliehen worden.

— Am 16. December beging der ältere Ordinator am hiesigen städtischen Kalinkin-Hospital Dr. Alexander Stepanow das 30jährige Jubiläum seiner ärztlichen Thätigkeit. Bei dieser Gelegenheit wurde dem Jubilar seitens der Aerzte des Hospitals eine Adresse und ein Büvard und von den Feldscheru und Feldscherinnen ebenfalls eine Adresse überreicht.

— Die Conferenz der Militär-Medicinischen Akademie hat in ihrer letzten Sitzung am 15. December zur Abcommandirung ins Ausland behufs wissenschaftlicher Vervollkommnung die Doctoren der Medicin

L. W. Ssobolew, K. K. Skrobanski und S. S. Simnizki gewählt. Alle drei waren bis jetzt zur Vervollkommnung dem St. Petersburger Klinischen Militärhospital zucommandirt.

— Verstorben: 1) Am 13. December in Riga der Arzt in Mühlgraben (bei Riga) Dr. Adolf Simsohn im 42. Lebensjahre. Der Hingeschiedene stammte aus Kurland und hatte seine medicinische Ausbildung in Dorpat erhalten, wo er von 1880—88 anfangs Chemie, dann Medicin studirte. Nach Erlangung des Arztgrades liess er sich 1888 als Arzt im Flecken Trentelnberg im Gouv. Witebsk nieder, von wo er später nach Mühlgraben übersiedelte. 2) Im Kirchdorf Bogorodskoje (Gouv. Nishni-Nowgorod) der Landschaftsarzt Const. Jakuntschikow im Alter von 32 Jahren an Tuberculose. Als Arzt ist er seit 1893 thätig gewesen. Der Verstorbene hat, wie ein College im «Wratsch» mittheilt, seine Frau mit einem Kinde ganz mittellos hinterlassen. 3) In Paris der berühmte Kliniker Prof. der internen Medicin Dr. Pierre Potain im 76. Lebensjahr. Er ist auch vielfach literärisch thätig gewesen, namentlich auf dem Gebiet der Krankheiten des Gefässsystems.

— Während des VIII. Congresses russischer Aerzte zum Andenken an Pirogow, der, wie wir in Nr. 45. unserer Wochenschrift bereits ausführlicher berichtet haben, in Moskau vom 3. bis 10. Januar 1902 stattfinden wird, veranstalten die Petersburger Firma «Hirschmann Windler» und die Moskauer Firma «Schwabe & Co.» eine Ausstellung von medicinischen Apparaten und chirurgischen Instrumenten. — An dem Congress wird, wie verlautet auch der Redacteur der Berliner klinischen Wochenschrift Prof. Dr. Posner theilnehmen, um den russischen Aerzten den Dank Prof. R. Virchow's für ihre Betheiligung an der Feier seines 80. Geburtstages zu überbringen.

— Ihren 99. Stiftungstag beging die Universität Jurjew (Dorpat) am 12. December d. J. in üblicher Weise mit einem Festactus, auf welchem der Professor des Völkerrechts Hrabar die Festrede «Ueber die völkerrechtlichen Beziehungen der Culturstaaten zu den Barbaren» hielt. Für die von den Studirenden gelösten Preisaufgaben gelangten in diesem Jahre, wie wir der «Nord. livl. Ztg» entnehmen, im Ganzen 7 goldene und 7 silberne Medaillen zu Vertheilung, von denen 3 goldene Medaillen Studenten der medicinischen Facultät zuerkannt wurden, und zwar: dem stud. med. Ernst Masing aus St. Petersburg für die Bearbeitung des Preisthemas «Aenderungen des Blutdruckes bei Personen verschiedenen Alters unter dem Einfluss physischer und geistiger Arbeit», sowie den Studenten der Medicin Iwan Subow und Alfred Salin für die Bearbeitung der Preisaufgabe «Der Selbstmord im livländischen Gouvernement». Nicht prämiirt worden war eine Arbeit über das ebenfalls von der med. Facultät aufgegebenen Thema: «Untersuchung des ätherischen Oels des in Russland wachsenden Ledum palustre».

— Der praktische Arzt Dr. St. Gospecki in Warschau hat die Concession zur Eröffnung eines physiko-therapeutischen Cabinets erhalten.

— Zufolge eines Beschlusses der Conferenz der Militär-Medicinischen Akademie haben die Doctoranden der Medicin und Magistranden der Pharmacie von jetzt ab nicht wie bisher 500 Exemplare ihrer Dissertationen, sondern nur 400 Exemplare der Akademie einzureichen.

— Das Moskauer Stadtamt hat eine Vorlage, betreffend die Etats des im Bau begriffenen Ssokolniki-Hospitals ausgearbeitet, welches über 500 Betten haben wird. Das Gehalt des Oberarztes und gleichzeitigen Directors ist bei freier Wohnung auf 3000 Rbl. pro Jahr, die Jahresgage der vier älteren Aerzte auf 1500 Rbl. (ohne Quartier) und die der zehn Ordinatoren auf 1200 Rbl. (ohne Quartier) festgestetzt. Die fünf angestellten Assistenten sollen ein Gehalt von 780 Rbl. und freie Wohnung erhalten. Der Gagenetat des Ssokolniki-Hospitals (mit Einschluss des Aufsichtspersonals, der Feldscher und Feldscherinnen, jedoch mit Ausschluss des niederen Dienstpersonals) beziffert sich in der Vorlage auf 60,410 Rbl. — Da dem Oberarzt und gleichzeitigen Director die ganze Verantwortlichkeit in Bezug auf die Verwaltung des neuen Hospitals in medicinischer, wirthschaftlicher und administrativer Beziehung übertragen werden soll, so erscheint uns derselbe bei den theuren Lebensverhältnissen in Moskau durch ein Gehalt von 3000 Rbl. keineswegs genügend materiell sichergestellt, um seine Zeit ganz der ihm anvertrauten Heilanstalt widmen zu können.

— Die neue Apothekertaxe vom Jahre 1899 tritt mit dem 1. Januar 1902 auch in Sibirien, in Centralasien und im Kaukasus in Kraft.

— Das früher unter dem Namen «Nervenheilanstalt von Dr. V. von Holst» bekannte Sanatorium in Riga ging bekanntlich im Jahre 1898 in den Besitz von Dr. med. Ernst Sokolowski über. Jetzt ist die Anstalt in die Altonaer Strasse Nr. 6 (Riga) übergeführt und bis auf 40 Betten erweitert worden. Sie bietet alle Behandlungsmethoden und Bequemlichkeiten, die man von solchen Anstalten zu fordern berechtigt ist. Alle Auskünfte ertheilen der Director Dr. E. Sokolowski, Riga, Thronfolgerboulevard Nr. 27 und der zweite Arzt Dr. Walther v. Holst, ebenda.

— Die Redaction der von Prof. Stadelmann begründeten «Deutschen Aerzte-Zeitung» (Verlag von Louis Marcus, Berlin SW 61, Tempelhofer Ufer 7) ist am 1. Januar 1902 an Prof. Pagel (Berlin N., Chausseestrasse 85) übergegangen. Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den Civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 8. Dec. d. J. 8779 (138 wen. als in d. Vorw.), darunter 730 Typhus — (3 wen.), 830 Syphilis — (60 wen.), 399 Scharlach — (13 wen.), 121 Diphtherie — (31 wen.), 67 Masern — (9 wen.) und 18 Pockenkranke — (6 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 2. bis zum 8. December 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
360	308	668	130	54	130	21	8	17	49	61	64	39	53	28	12	2

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 0, Typh. abd. 28, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 24, Scharlach 12, Diphtherie 27, Croup 4, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 21, Erysipelas 1, Grippe 3, Cholera asiatica 0, Ruhr 1, Epidemische Meningitis 0, Acuter Gelenkrheumatismus 0, Parotitis epidemica 1, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 2, Pyämie und Septicaemie 6, Tuberculose der Lungen 92, Tuberculose anderer Organe 21, Alkoholismus und Delirium tremens 5, Lebensschwäche und Atrophia infantum 39, Marasmus senilis 15, Krankheiten der Verdauungsorgane 55, Todtgeborene 37.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 8. Januar 1902.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 14. Januar 1902



Mineral-Wasser der STAATLICHEN QUELLEN
VICHY
CÉLESTINS
GRANDE-GRILLE, HOPITAL
MAN BEZEICHNE STETS DEN NAMEN DER QUELLE.

Dionin

Ersatz für Codein und Morphin, besonders bei Erkrankungen der Respirationsorgane.

Largin

höchstprocentige Silbereiweiss-Verbindung, ausgezeichnet für die Gonorrhoe-, Wund- und Augentherapie.

Jodipin

bewährter Ersatz für Jodkalium Specificum bei tertiärer Lues; bewährt bei Asthma, Emphysem u. Skrofulose.

Stypticin

bewährtes Hämostaticum vorzügl. Mittel in der gynaekolog. und zahnärztlichen Praxis.

Tannoform

ausgezeichnetes Adstringens- und Antidiarrhoicum.

Bromipin

neues Sedativum, insbesondere gegen nervöse Zustände und Epilepsie zu empfehlen.

Diphtherieheilserum

staatlich geprüft, 500-fach und 1000-fach normal
Die reichhaltige Literatur gratis und franko.



chemische Fabrik — Darmstadt.

Fabrik chemisch-pharmaceutischer Producte

G. Hell & Comp., Troppau und Wien.

Acetopyrin.

Ein neues Antipyreticum und Antineuralgicum gegen Migraine, Neuralgien und Erkältungen, Specificum gegen Influenza, Gelenkrheumatismus und Gicht.

Dosirung; Täglich 6 Pulver à 0,5 bis 1 G am besten in Oblaten.

Siehe wissenschaftliche Abhandlungen:

1. **Dr. Winterberg**, **Wien** (Wiener klinische Wochenschrift Nr. 39 v. J. 1900).
2. **Dr. Frieser**, **Wien** (Medicin. chirurg. Centralblatt Nr. 15 v. J. 1901).
3. **Dr. Bolognesi**, **Paris** (Bulletin Général Therapeutique v. 30. März 1901).
4. **Dr. Laumonier Paris** (Presse Médicale v. April 1901).
5. **Dr. Goldmann**, **Wien** (Allgem. Wiener Medicin. Zeitung Nr. 14 u. 15 v. J. 1901).

Honthin.

Ein neues vorzügliches Darmadstringens gegen alle Formen von Diarrhoen.

Dosirung: Säuglinge 0,3 G., Kinder 0,5 G., Erwachsene 1 G. täglich 4 bis 5 Mal.

Siehe wissenschaftliche Abhandlungen:

1. **Dr. Friedr. Rölbl**, **Wien** (Wiener Klin. Rundschau Nr. 25 v. J. 1900).
2. **Dr J. W. Frieser**, **Wien** (Wiener Medicin. Blätter Nr. 29 v. J. 1900).
3. **Dr. Joseph Reichelt**, **Wien** (Wiener Klin. Wochenschr. Nr. 36 v. J. 1900).
4. **Dr. Tison**, **Paris** (Bulletin Officiel de la Société Medical des Practiciens Nr. 2 v. J. 1901).
5. **Dr. Goldmann**. **Wien** (Reichs-Medicinal-Anzeiger, Leipzig Nr. 9 v. J. 1901).
6. **Dr. Dan. Kolpaszky u. Dr Sztankay** (Magyar Orvosi Arch. Nr. 6 v. J. 1900).

NB.: Literatur und Proben zu Versuchzwecken stehen den Herren Aerzten auf Wunsch gern zur Verfügung.

Zu beziehen durch

Stoll & Schmidt, St. Petersburg.

(117) 12—12.

Sanatorium **SAN REMO**
Riviera
Leitender Arzt Dr. Curt Stern.
Heilanstalt für Lungen- und Halskranke.
Höchster Comfort, Liegehallen, sonniger staubfreier Garten, prachtvolle Aussicht aufs Meer. Prospecte durch die Administration gratis und franco.
(111) 5—5.

PERTUSSIN Extract. Thymi saccharat. Taeschner.
Unschädliches, sicher wirkendes Mittel gegen
Keuchhusten, Kehlkopf- u. Bronchialkatarrh.
Zu beziehen in Flaschen von ca. 250 gr. Inhalt durch jede Apotheke.
Literatur: siehe Therapeutische Beilage Nr. 7 d. D. med. Wochenschr. Nr. 27 (98); Nr. 56 d. A. M. C. Z. (99); Nr. 29 d. A. B. C. (99); Nr. 17 der Wiener Med. Bl. (1900); Wiener Aerztl. Centralztg. Nr. 12 (1901).
Hergestellt in der Kommandanten-Apotheke **E. Taeschner, Berlin C. 19**, Seydelstrasse 16.
Dépôts: **Apotheker Ad. Marcinczik, Kiew** und **Apotheker H. Bierstümpfel, Warschau**, Marszalkowska 133.
(20) 26—25.

Adressen von Krankenpflegerinnen:
Frau Adelheid von Fersen Catharinencanal 81. Q. 20.
Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.

Дозв. ценз. Спб., 22 Декабря 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. Katharinenhofer Pr. № 15.

XXVI. JAHRGANG ST. PETERSBURGER Neue Folge XVIII. Jahrg.

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

unter der Redaction von

Prof. Dr. Karl Dehio. Jurjew (Dorpat).

Dr. Johannes Krannhals. Riga.

Dr. Rudolf Wanach. St. Petersburg.

Die «St. Petersburger Medicinische Wochenschrift» erscheint jeden Sonnabend. — Der **Abonnementspreis** ist in **Russland** 8 Rbl. für das Jahr, 4 Rbl. für das halbe Jahr incl. Postzustellung; in den **anderen Ländern** 20 **Mark** jährlich, 10 **Mark** halbjährlich. Der **Insertionspreis** für die 3 mal gespaltene Zeile in Petit ist 16 Kop. oder 35 Pfenn.—Den Autoren werden 25 Separatabzüge ihrer Originalartikel zugesandt.— Referate werden nach dem Satze von 16 Rbl. pro Bogen honorirt.

Abonnements-Aufträge sowie alle Inserate bittet man ausschliesslich an die Buchhandlung von **K. L. Ricker** in St. Petersburg, Newsky-Prospect № 14, zu richten.—**Manuscripte** sowie alle auf die Redaction bezüglichen Mittheilungen bittet man an den geschäftsführenden Redacteur Dr. **Rudolf Wanach** in St. Petersburg, Petersburger Seite, Peter-Paulhospital zu richten Sprechstunden Montag, Mittwoch und Freitag von 2—3 Uhr.

№ 52 St. Petersburg, 29. December (11. Januar) **1901**

Die Aufgaben und Ziele bei der Behandlung der chronischen Gonorrhoe in Bezug auf die Frage der Eheschliessung.

Von

Dr. med. G. v. Engelmann

(Vortrag, gehalten auf dem XIII. Livl. Aerztetage zu Riga.)

Den Anstoss zu dem grossen Aufschwung, den die Beurtheilung und Behandlung der Gonorrhoe in den letzten Decennien genommen hat, verdanken wir bekanntlich der Gynäkologie. Von dieser Seite wurde, seitdem die Arbeiten Nögerath's allmählich Anerkennung gefunden hatten, immer lauter der Anspruch erhoben, den gonorrhoischen Erkrankungen des Mannes die ihnen zukommende Aufmerksamkeit zuzuwenden, auch die scheinbar geringfügigen Residuen derartiger Erkrankungen durch sachgemässe Behandlung zu beseitigen.

Die Forschungen auf diesem Gebiete sind längst ein wesentlicher Bestandtheil einer Specialwissenschaft, der Urologie geworden, und bei dem grossen Material das in reichem Masse zur Förderung der verschiedenen Seiten der zu lösenden Fragen zusammengebracht wird, liegt es nahe, dass der Arzt, der nicht die Zeit hat diese Arbeiten zu verfolgen, über dem Wirrwar der sich widersprechenden Meinungen, kein klares Bild über das, was wirklich erreicht ist, erlangen kann.

Die Aufgabe dieses Vortrages soll es sein Ihnen einen Beitrag zur Orientirung darüber zu liefern, was bei dem heutigen Stande unserer Kenntniss des Krankheitsprocesses in seiner Bedeutung speciell für die Eheschliessung, beim jetzigen Stande unseres therapeutischen Könnens unsere Aufgabe bei der Behandlung der chronischen Gonorrhoe sein muss und wieweit wir dieselbe zu lösen im Stande sind.

Das, was wir unter dem Namen «chronische Gonorrhoe» zusammenfassen, stellt sich uns bei näherer Betrachtung als ein vielgestaltiger und oft complicirter Process dar, nicht nur in Bezug auf die Schwere der Erkrankung, sondern vor Allem in Bezug auf die Localisation in den einzelnen Theilen des Genitalapparates und in Bezug auf die daselbst gesetzten anatomischen Veränderungen. Unsere Beurtheilung und Behandlung derselben wird demgemäss eine sehr verschiedenartige sein müssen.

Ferner complicirt sich dieselbe, wenn wir uns zunächst die Träger dieser Affectionen selbst näher ansehen.

Die Einen haben, im Allgemeinen wenig genirt durch mehrfache Tripperattaquen, sich an die schliesslich sta-

tionär gewordenen geringfügigen Erscheinungen gewöhnt. Schliesslich denken sie daran sich zu verheirathen. Vorher wird aber noch ausgiebig vom Junggesellenleben Abschied genommen und die Folge ist eine Exacerbation des Trippers.

Nun stellt sich der Betreffende zur Untersuchung ein mit der Frage, ob er sich nicht am Ende einen «frischen» Tripper geholt haben könne. Er kommt eigentlich in der Hoffnung, dass man ihm die Beruhigung geben wird, dass es eben «nur» der alte Catarrh sei, der durch «Ueberreizung» etwas stärker geworden ist, der aber an sich keine schlimme Bedeutung habe.

Während diese Leute höchst erstaunt sind, wenn man ihnen eröffnet, dass sie zunächst nicht an Heirath denken können, dass sie zwar keinen «frischen» aber etwas viel Schlimmeres, einen chronischen Tripper haben, der Monate bis zur Ausheilung erfordern könne, erscheinen Andere mit bekümmerter Miene, in den Taschen mehrere Flaschen mit verschiedenen Urinproben und womöglich auf einem Objectträger einige eingetrocknete Secretspuren, den am Morgen aus dem Orificium gepressten Harnröhrenschleim, den sie als Trockenpräparat zur mikroskopischen Untersuchung präsentiren. — Das sind ganz andere Leute, Hypochonder, die an einem länger dauernden Tripper gelitten haben, oft schon eigentlich geheilt sind und nur in Folge beständiger Maltraitirung einen spärlichen catarrhalischen Ausfluss, oft auch nur spärliche Schleimfäden im Urin nicht los werden können. Sie sind schon bei verschiedenen Aerzten gewesen und je nach der Sachkenntniss der letzteren oder deren Auffassung von ihrem Beruf, mit Beruhigungen über ihren Zustand entlassen oder in ausgiebige Localbehandlung genommen worden. Die anscheinende Uneinigkeit der Aerzte über ihren Zustand steigert das Misstrauen, sie halten sich für unheilbar krank, glauben zur Eheschliessung unfähig zu sein. Ausserdem haben sie meist verschiedenartige populäre Bücher über den Gegenstand gelesen, was ihre Besorgnisse noch vermehrt hat. Solchen Leuten gegenüber hat man oft einen schweren Stand.

Zwischen diesen beiden Extremen giebt es natürlich eine Menge Zwischenstufen und wenn wir nicht nur die Harnröhre, sondern den Menschen behandeln wollen, werden auch diese Verhältnisse bei unserem therapeutischen Vorgehen zu berücksichtigen sein und weitere Verschiedenartigkeit desselben bedingen müssen.

Um unsere Aufgabe zu bestimmen, handelt es sich aber zunächst um eine genaue Diagnose.

Schon die Anamnese vermag uns werthvolle Anhaltspunkte zu geben. — Abgesehen von den verhältnissmässig kurze Zeit bestehenden Erkrankungen, die einfach deshalb nicht heilen wollen, weil sie nie systematisch behandelt worden sind, giebt es hauptsächlich zwei Arten von chronischen Trippern; die einen bestehen ununterbrochen oft Jahre und trotzen anscheinend jeder Behandlung, die anderen heilen, falls behandelt, leicht aus, um auf irgend einen Excess hin, oft auch ohne nachweisbaren Grund nach kürzerer oder längerer Latenz zu recidiviren. Geschieht dieses nach einem Coitus, so wird häufig Neuinfection angenommen und solche Leute bringen es im Laufe der Jahre oft auf eine erhebliche Anzahl von «Trippern», ohne zu ahnen, dass es sich immer noch um den ersten handelt. Diese letztere Form ist charakteristisch für die Mitbetheiligung der drüsigen Adnexe der Harnröhre, namentlich der Prostata, während man bei der ersteren Form meist Infiltrationen der Harnröhrenwandung vermuthen muss. Die Angaben der Patienten über den Verlauf der acuten Attaquen, etwa ab und zu auftretender Urindrang etc. werden uns weitere Hinweise geben, wo wir die Localisation des Processes zu suchen haben werden.

Die erste und wichtigste Frage, die wir nun zu beantworten haben, ist natürlich die nach der Infectiosität. Wir müssen nachweisen, ob in der Harnröhre oder deren Adnexen Gonokokken enthalten sind.

Der Gang der Untersuchung ist dabei etwa folgender: Ist Secret aus dem Orificium erhaltbar, so wird etwas davon mit der Platinschlinge auf einen Objectträger gebracht, ein Trockenpräparat angefertigt und untersucht. Ferner lässt man den Patienten in zwei Gläser uriniren. Trübung bloss der ersten oder beider Proben erweisen ob bloss die vordere oder auch die hintere Harnröhre erkrankt ist. Bei klarem Urin, der Tripperfäden enthält, ist ein etwas complicirteres Verfahren in einer zweiten Sitzung erforderlich. Nachdem der Patient mehrere Stunden den Urin zurückgehalten hat, wird ein elastischer Katheter bis in den Bulbus urethrae eingeführt und die Harnröhre mit sterilem Wasser, welches mit Methylenblau gefärbt ist, irrigirt. Sobald die neben dem Katheter aus dem Orificium zurückströmende Flüssigkeit keine Beimischung von Secret oder Filamenten zeigt, entfernt man den Katheter und lässt den Patienten einen Theil des Urins wieder in 2 Gläser lassen. Im ersten werden dann die etwa aus der Urethra posterior d. h. Pars membranacea plus prostatica stammenden Fäden enthalten sein. Etwa in der vorderen Harnröhre trotz der Spülung zurückgebliebene und erst beim Uriniren herausbeförderte Fäden werden sich durch ihre bläuliche Färbung kenntlich machen. Nun schreitet man zur Expression der Prostata vom Rectum aus. Ist das geschehen, so entleert der Patient den Rest des Urins in ein drittes Glas. Dieses enthält dann das Secret der Prostata, welches übrigens bei der Expression auch schon am Orificium erscheint und direct untersucht werden kann. Wir sind nun im Stande die eventuell in den verschiedenen Gläsern vorhandenen Fäden und das Prostatasecret gesondert einer mikroskopischen Untersuchung zu unterziehen, wobei wir zugleich vollkommen über den Sitz der etwa vorhandenen Erkrankung orientirt werden.

In vielen Fällen, namentlich wenn keine Exacerbation des chronischen Processes vorliegt, wird man in den Fäden keine Gonokokken finden. Bestehen die Fäden nur aus Schleim und Epithelzellen, finden sich in denselben höchstens vereinzelte Leucocyten, so kann man vermuthen, dass die Infectiosität in der That erloschen ist; sind es aber Eiterfäden, so können die Gonokokken latent vorhanden sein. Es ist dann nöthig eine stärkere Absonderung d. h. also ein Exacerbiren des Processes zu provociren. Dieses erreicht man durch Injection oder Spülung mit einer irritirenden Lösung, etwa Kupfersulfat oder Sublimat, deren Concentration sich nach der bei der Untersuchung zu Tage getretenen grösseren oder geringeren Reizbarkeit der Harnröhre richtet. Natürlich gilt die Voraussetzung, dass der Patient nicht durch derzeitige Behandlung an Spülungen etc. gewöhnt ist, in diesem Falle bleibt nichts Anderes übrig als eine Zeit lang abzuwarten bis wir diese Untersuchung vornehmen können. Bei der Vornahme der Reizung macht man den Patienten darauf aufmerksam, dass eventuell eine leichte Verschlimmerung eintreten wird, lässt ihn zu Hause falls die Reaction nicht genügend energisch eintritt zur Verstärkung derselben eventuell heisse Sitzbäder nehmen und Abends einige Gläser Bier trinken, je nachdem man gelindere oder schärfere Reizmittel glaubt anwenden zu müssen.

An den folgenden Tagen wird dann etwaige Absonderung und der Urin untersucht. Tritt keine genügende Reaction ein, so wird die Injection mit schärferer Lösung wiederholt.

Erst wenn die mehrfache Untersuchung der so provocirten Absonderung das constante Fehlen von Gono-

kokken und reichlicherer Mengen von Eiterkörperchen erwiesen hat, das Secret, mag es sich in Morgentropfen oder nur in Vermehrung der Filamente äussern, vielmehr nur oder hauptsächlich aus Schleim und Epithelzellen, mit nur geringem Gehalt an Leucocyten besteht, erst dann sind wir berechtigt, den Patienten als nicht mehr infectiös zu bezeichnen.

Wie steht es nun mit denjenigen, bei denen zwar Gonokokken nicht nachzuweisen sind, aber deutlich ein eitriger Catarrh besteht, sei es dass man im Secret andere Mikroorganismen nachweisen kann, wie Bacillen, verschiedene Kokken etc.[1]), sei es dass überhaupt keine Mikroorganismen zu finden sind. Dürfen wir, gestützt auf das Fehlen der Gonokokken die Frage nach der Infectiosität in diesen Fällen verneinen?

In der Mehrzahl dieser Fälle wird es sich wirklich um einen gonokokkenfreien nicht mehr infectiösen Catarrh handeln. Dennoch giebt es Beobachtungen, die beweisen, dass trotz angeblich sorgfältiger Untersuchung, welche die Abwesenheit von Gonokokken ergab, dieselben nach längerer Pause wieder zu Tage getreten sind, dass solche Leute ihre Frauen inficirt haben ohne dass es gelungen wäre Gonokokken bei ihnen nachzuweisen. Handelt es sich dabei auch nur um Ausnahmen, so lassen sie sich doch nicht fortleugnen.

Ob es Involutionsformen der Gonokokken giebt, die sich unter Umständen zu wirklichen Gonokokken entwickeln können und die Vermittler der Infection in solchen Fällen sein können, wie Wertheim annimmt[2]), oder ob es hier einfach nicht gelungen ist, die spärlich vorhandenen Gonokokken aus ihren Schlupfwinkeln hervorzulocken, muss dahingestellt bleiben.

Ich möchte mich daher denen anschliessen, die der Ansicht sind, dass ein jeder eitrige Catarrh, mag er Gonokokken enthalten oder nicht als infectiös zu behandeln ist, und dass man die diesem Catarrh zu Grunde liegenden krankhaften Veränderungen der Schleimhaut etc. zu beseitigen trachten muss, ehe der Heirathsconsens zu ertheilen ist.

Wesentlich vereinfacht würde die Frage werden, wenn das Culturverfahren eine sichere Antwort geben würde und bequem genug auszuführen wäre, so dass der Praktiker sich desselben bedienen könnte. Soweit sind wir aber in dieser Beziehung leider nicht.

Haben wir die Frage der Infectiosität erledigt, so bleibt uns, um eine zielbewusste Therapie einleiten zu können noch eine genaue Diagnose der Art und des Sitzes der Erkrankung übrig. Einen Anhaltspunkt für die Localisation giebt uns die schon oben erwähnte Zwei- resp. Drei-Gläserprobe. Besteht momentan keine Exacerbation, so können wir zur instrumentalen Localuntersuchung schreiten. Die Untersuchung mit der Knopfsonde und dem Urethrometer lässt uns Infiltrationen der Harnröhrenwandung resp. bereits vorhandene Stricturen erkennen, der Patient vermag vielfach die beim Hinübergleiten des Sondenknopfes schmerzhaften Stellen genau zu bezeichnen. Das Endoskop lässt uns die infiltrirten geschwollenen Partien der Harnröhrenwand, die entzündeten Morgagnischen Taschen genau erkennen. Die Palpation und Expression der Prostata orientirt uns über die eventuelle Mitbetheiligung dieser Drüse. Dabei kann bei der Palpation eine deutliche Veränderung an der Drüse nicht zu constatiren sein. Häufig genug finden sich im exprimirten Drüsensecret Eiter und sogar Mikroorganismen bei anscheinend normalem Zustand der Drüse. Es ist daher die Expression des Drüseninhaltes behufs mikroskopischer Untersuchung bei Feststellung der Diagnose der chronischen Gonorrhoe nicht zu unterlassen.

Haben wir unsere Diagnose gestellt, dem Patienten eröffnet, was wir von dem Zustande seiner Harnröhre halten, dass er nothwendigerweise vor der Verheirathung sich einer ausgiebigen Cur zu unterziehen hat, so wird uns meist die Frage nach der Dauer der Behandlung und wie es mit der Aussicht auf Heilung steht vorgelegt werden.

In Bezug auf die Dauer der Behandlung können wir uns natürlich auf kurze Termine nicht einlassen. Selbst bei sehr günstigem Verlauf der Cur ist eine längere Beobachtungszeit erforderlich. Am besten ist es daher überhaupt keinen Termin zu nennen. Manchmal, wo es sich um Leute handelt, die bereits Verpflichtungen eingegangen sind, die vor ihrer Verheirathung stehen, wird man dazu gedrängt, dann wird man wenigstens ein halbes Jahr fordern müssen, wobei man erwähnt, dass eintretende Complicationen und unhygienisches Verhalten des Patienten auch noch weitere Verzögerungen zu Wege bringen können. Ein Theil unserer Patienten wird darauf antworten, dass dieses ganz unmöglich sei, die Angelegenheit wäre schon so weit gediehen, dass in Kürze die Hochzeit stattfinden müsse, für einen so langen Aufschub fehle jeder Vorwand. Diese Leute wird man durch genaue Schilderung der Gefahren, welchen sie ihre Frau aussetzen, zu überzeugen suchen, meist ohne Erfolg. Sie finden dann häufig das Auskunftsmittel zuzugestehen, dass sie, da die Sachen so ernst liegen, den Coitus natürlich zunächst meiden würden bis zu ihrer Wiederherstellung. Nach meinen Erfahrungen werden diese Versprechungen nicht gehalten.

Es bleibt uns in diesen Fällen nichts übrig als, indem wir jede Verantwortung für die Folgen ausdrücklich ablehnen, in der zur Verfügung stehenden Zeit so viel zu erreichen suchen als sich eben erreichen lässt.

Was die Frage nach der Prognose betrifft, so kann man sagen, dass dieselbe sich dank den Fortschritten der neueren Therapie und der besseren Erkenntniss vom Wesen des Krankheitsprocesses gegen früher entschieden wesentlich gebessert hat. Dennoch müssen wir auch noch heute zugestehen, dass wir einzelnen Fällen gegenüber machtlos gegenüberstehen. Giebt es auch keine Complication, die an sich eine ungünstige Prognose bietet, so wird in manchem Falle der Erfolg unserer Therapie doch vollkommen in Frage gestellt und zwar weil dieser Erfolg nicht nur von der Natur des localen Processes, sondern von einer Reihe von Nebenumständen abhängig ist, die um so mehr zu Tage treten, als der Charakter der Erkrankung die Behandlung zu einer langwierigen gestaltet Diese Nebenumstände liegen zum Theil in dem allgemeinen Gesundheitszustande des Patienten. Zur Ausheilung eines chronischen Trippers ist ein gewisser normaler Kräftezustand des Patienten erforderlich. Wir können mit unserer Behandlung doch immer nur dem eigenen Heilbestreben des Organismus zu Hilfe kommen, wo dieses nicht mehr vorhanden ist, versagt auch unsere Therapie. Namentlich ungünstig ist die Prognose bei Leuten, die an constitutionellen Krankheiten leiden, ganz besonders bei Tuberkulösen, selbst wenn sonst keine manifesten Symptome der Tuberkulose vorhanden sind. Fügen wir noch hinzu, dass in vielen Fällen bedeutende Anforderungen an die Geduld und die Energie des Patienten gestellt werden

[1]) Einige Arten von Kokken haben namentlich für den Ungeübten eine grosse Aehnlichkeit mit den echten Gonokokken. Die Färbung nach Gram, bei der sich die Gonokokken entfärben, sowie die weitere Beobachtung lassen die Differentialdiagnose meist ohne Schwierigkeit stellen.

[2]) Wertheim machte auf der Naturforscherversammlung in München 1899 die Mittheilung, dass ihm Gonokokkenculturen vorgekommen sind, bei denen nach einiger Zeit die Färbung nicht mehr gelang. Dennoch ergab die Ueberimpfung dieser Cultur auf andere Nährböden wieder gut färbbare Gonokokkencolonien. Wertheim glaubt, dass es sich um Involutionsformen handele und so die Latenz in manchen Fällen erklärbar sei.

müssen, dass er im Stande sein muss längere Zeit ein hygienisch geregeltes Leben zu führen und sich die nöthige Schonung angedeihen zu lassen, so ist es wohl klar, dass in dem Angeführten genügende Momente vorhanden sind, die geeignet erscheinen müssen unseren therapeutischen Bemühungen den Erfolg zu rauben. Sind dagen die erwähnten Vorbedingnngen vorhanden und geht der Patient mit der nöthigen Ausdauer und dem nöthigen Ernst an die Behandlung, so können wir bei dem jetzigen Stande unserer Therapie auf eine Heilung rechnen.

Wenn im Vorhergehenden von Heilung die Rede gewesen ist, so handelt es sich, da die ganze Frage von mir augenblicklich in ihrer Beziehung zur Eheschliessung behandelt wird, natürlich in erster Linie um die Beseitigung der Infectiosität. Dass bei der Behandlung der chronischen Gonorrhoe im anatomischen Sinne nicht immer von «Heilung» die Rede sein kann, muss zugegeben werden. Ich brauche hier nur an die Stricturen zu erinnern, die häufig nur einer relativen Heilung im anatomischen Sinne fähig sind, bei der Frage der Infectiosität aber an sich nicht in Betracht kommen. Ebenso steht es mit hartnäckigen schleimigen (nicht eitrigen) Catarrhen, die manchmal in gewissem Grade bestehen bleiben oder die Neigung haben bei irgend welchen Extravaganzen in Baccho et Venere sich wieder zu zeigen, obgleich die Infectionsträger schon längst verschwunden sind; hierher gehören ferner die nach genannten Schädlichkeiten häufig eintretenden Hyperämien der Pars prostatica, namentlich der Vesiculae seminales, die sich in vorübergehendem Harndrang und Brennen beim Uriniren äussern.

Eine vollkommene Beseitigung dieser Zustände durch energische Localbehandlung gelingt vielfach nicht, oder stösst wenigstens auf so grosse Schwierigkeiten dass es in vielen Fällen gerathener ist auf dieselbe gerade im Interesse der Kranken zu verzichten.

Ich sage im Interesse der Kranken, denn derartige Erscheinungen finden sich als Folgezustände überstandener Gonorrhoen vielfach gerade bei nervösen Individuen und die Behandlung derartiger Residuen mit Sonden, Spülungen und Massage kann auf das Allgemeinbefinden derartiger Patienten einen höchst verderblichen Einfluss ausüben. Wir werden daher bei der Frage, wie weit wir in der Radicalbehandlung derartiger nicht mehr infectiöser Veränderungen zu gehen haben, uns von dem Allgemeinzustand, namentlich des Nervensystems der Patienten leiten lassen müssen. Es erscheint gerathener solchen Leuten die Unschädlichkeit dieser Residuen zu erklären, als sie zu schweren Neurasthenikern oder unverbesserlichen Hypochondern zu machen, die jeden Morgen mit Bangen ihre Harnröhre melken und fortwährend mit misstrauischen Blicken in ihrem Urin auf etwaige Schleimflocken Jagd machen. Bei diesen Leuten stellen sich bald alle möglichen Sensationen in verschiedenen Theilen des Genitalapparates ein, sie halten sich für schwer krank, laufen von einem Arzt zum anderen und werden leider häufig, durch Zeitungsannoncen gelockt, die willkommene Beute im Trüben fischender sogenannter «Specialisten».

Es würde den Rahmen meines Vortrages weit überschreiten, wollte ich alle Complicationen wie Epididymitis, Cystitis etc. einer Besprechung unterziehen. Auf eine Complication, die für die Frage nach der Infectiosität von besonderer Wichtigkeit sein kann muss ich hier jedoch eingehen, das ist die gonorrhoische Erkrankung der paraurethralen Gänge. Diese Gebilde verdanken ihre Entstehung wahrscheinlich einer Störung in der embryonalen Entwickelung und finden sich besonders bei Leuten deren Harnröhrenöffnung Andeutung von Hypospadie zeigt. Sie münden zum Theil an der Urethralöffnung, finden sich aber auch häufig am inneren Blatte des Präputium und am Frenulum. Es kommt vor dass dieselben gonorrhoisch erkranken, dass sich in ihnen Gonokokken versteckt finden, während der gonorrhoische Process in der Harnröhre längst ausgeheilt ist. Längere Zeit können sie gar keine Erscheinungen machen, höchstens fühlt man bei der Untersuchung die sonst nicht abtastbaren Gänge als wurmförmige dünne Stränge. Durch neuere Reize können sie sich entzünden, schmerzhaft werden, und aus ihren Oeffnungen eitriges Secret entleeren, welches Gonokokken enthält. Dadurch kann eine Reinfection der Harnröhre zu Stande kommen, oder es kann beim Coitus direct von hier eine Infection der Frau zu Stande kommen. Die Behandlung dieser Affection besteht in der Extirpation der Gänge, die oft leicht gelingt, wo es des Sitzes wegen nicht angeht sind dieselben zu spalten oder mit dem Mikrobrenner zur Verödung zu bringen.

Eine genaue Schilderung der therapeutischen Maassnahmen, welche uns zur Behandlung der chronischen Gonorrhoe zu Gebote stehen, zu geben kann hier natürlich nicht meine Aufgabe sein. Bei der Kürze der mir zu Gebote stehenden Zeit kann ich mich auf die Erörterung allgemeiner Gesichtspunkte beschränken.

Ist deutliche Secretion vorhanden, treten die catarrhalischen Erscheinungen deutlich hervor, so ist zunächst gegen diese vorzugehen. Eine Behandlung mit Spülungen und Injectionen ist zunächst einzuleiten, wobei die Art derselben und die anzuwendenden Mittel je nach der Natur der Absonderung, der Anwesenheit von Gonokokken sowie den zu Tage tretenden Reizerscheinungen auszuwählen sind.

Diese Behandlung von milderen zu stärkeren Maassnahmen fortschreitend wird durchgeführt bis der Urin bei der Zweigläserprobe in beiden Theilen im Allgemeinen, bis auf die Beimischung von Fäden, klar erscheint.

Ist dieses Resultat erreicht und finden sich in den genannten Fäden keine Gonokokken mehr, so haben wir den allgemeinen Catarrh der Schleimhaut beseitigt, in circumscripten Herden, in den Drüsen der Schleimhaut können allerdings noch genügende Mengen von Kokken verborgen sein, die alsbald das Wiederaufflammen des Katarrhs bewirken würden, wollten wir die Hände jetzt in den Schooss legen.

Stellt sich bei der nun vorzunehmenden instrumentellen Localuntersuchung mit Sonde und Urethroscop das Vorhandensein localisirter Schwellungen der Schleimhaut, von Infiltraten der Harnröhrenwand und Drüseninfiltraten heraus, so ist ausser der Spülbehandlung die mechanische mit Sonden und eventuell den Kollmann-Oberländerschen Dilatatoren vorzunehmen. Bei hartnäckigen lange bestehenden Infiltraten ist die letztere Behandlung die einzige, welche noch Aussicht auf Heilung giebt. Auch an die Dilatationen werden Spülungen am besten mit heissen Lösungen von Argentum nitricum oder dessen Ersatzmitteln unmittelbar angeschlossen. Natürlich dürfen derartige Manipulationen nur in genügend grossen Pausen je nach der hervorgerufenen Reaction vorgenommen werden.

Sollte es infolge der Dehnung zum Wiederaufflammen des Katarrhes durch Eröffnung latenter Herde kommen, wie es zuweilen geschieht und was ja dabei mit beabsichtigt wird, so muss zur Beseitigung desselben wieder zur Spülbehandlung zurückgegriffen werden.

Die Erfolge der Dilatationsbehandlung werden am besten mittelst des Urethroscopes controllirt, mittelst welchem man das Verschwinden der Infiltrate und die Wiederkehr zur Norm oft genau beobachten kann, wobei man zugleich im Stande ist circumscripte Erkrankungsherde namentlich der Morgagnischen Lacunen unter

Leitung des Auges durch Pinselungen u. s. w. direct anzugreifen.

Nothwendig ist es bei der geschilderten Behandlung nicht nur gradatim von milderen zu schärferen Maassnahmen vorzugehen unter steter Berücksichtigung des Zustandes der Schleimhaut und der hervorgerufenen Reaction, wir müssen bei der stets länger dauernden Behandlung auch die nöthigen Pausen einschalten, welche es uns ermöglichen genau zu unterscheiden was von den vorhandenen Symptomen noch auf die Gonorrhoe und was auf die Reizwirkung unserer Medicamente und Instrumente zu beziehen ist. Nur so werden wir im Stande sein den richtigen Zeitpunkt zu bestimmen wann wir unsere Behandlung zu sistiren haben um nicht über das Ziel hinauszuschiessen und eine Schleimhaut die bereits der Ruhe bedürftig ist unnützerweise in einem Reizzustande zu erhalten.

Die wichtigste und am meisten Erfolg versprechende Behandlungsmethode bei Mitbetheiligung der Prostata ist die Massage, die entweder mittelst des in das Rectum eingeführten Fingers oder mittelst besonderer Apparate ausgeführt wird.

Durch die Massage erreichen wir die Resorption der Infiltrate, ferner werden die Secretmassen durch die Ausführungsgänge nach aussen befördert, abgekapselte Herde werden eröffnet und zum Schwinden gebracht. Der Massage folgt unmittelbar eine Spülung oder Instillation, welche auch einer Infection der Harnröhre und Blase durch die in dem herausbeförderten Secret eventuell vorhandenen Microorganismen vorbeugen soll.

Natürlich wird man auch hier etwa auftretende Reiz erscheinungen zu berücksichtigen haben. Sind solche vorhanden, namentlich Urindrang und Schmerzen, bestehen stärkere Schwellungen jüngeren Datums so ist die Massage contraindicirt und der Arzbergersche Kühlapparat anzuwenden durch den man mehrmals täglich kaltes Wasser circuliren lässt. Neben den Kühlungen und der Massage kommt noch die Anwendung von Suppositorien in Betracht, sowie die Anwendung von kühlenden Sitzbädern und die Application der Winternitzschen Kühlsonde, bei Reizungszuständen der pars prostatica infolge von Hyperämie der Vesiculae seminales.

Ist es in der geschilderten Weise gelungen die Erscheinungen und deren Ursachen zu beseitigen, ist die Secretion geschwunden, bestehen die etwa im klaren Urin auch nach Expression der Prostata, noch vorhandenen Fäden nunmehr nur noch aus Schleim und Epithelzellen, ist der Gehalt an Leucocyten in ihnen nur noch ein unbedeutender, hat ferner die Untersuchung mit dem Urethroscop das Verschwinden der Infiltrate und Drüsenentzündungen ergeben, so haben wir zunächst unsere Aufgabe doch noch nicht gelöst. Es bleibt uns jetzt noch übrig zu constatiren ob die Infectiosität definitiv erloschen ist. Dazu ist eine gewisse Beobachtungszeit erforderlich, die je nach den vorhanden gewesenen Veränderungen und Complicationen eine längere oder kürzere sein wird.

Im Allgemeinen wird man zunächst eine mehrwöchentliche Pause eintreten lassen, während welcher der Patient nur kühle Sitzbäder vornimmt, die Diätvorschriften weiter befolgt und eventuell, um zur Erholung und Schonung der Harnröhrenschleimhaut den Urin möglichst reizlos zu machen ein Mineralwasser braucht. Nach dieser Pause wird der Urin wieder untersucht und, falls sich keine Krankheitserscheinungen constatiren lasssen, lässt man den Patienten nunmehr zur gewohnten Lebensweise zurückkehren und sich allmählich gewissen Reizungen aussetzen (Biergenuss, heisse Sitzbäder). Sobald sich Symptome zeigen wie morgendliche Absonderung, Zunahme von Flocken im Urin werden dieselben untersucht.

Verlaufen diese Proben negativ so geht man allmählich zur Untersuchung mittelst provocatorischer Injectionen über, wie sie bei der Besprechung der Diagnose geschildert worden ist. Erst wenn diese Prüfung die Nichtinfectiosität erweist, können wir unsere Aufgabe als gelöst betrachten. Ist das Untersuchungsresultat aber irgendwie zweifelhaft, so wäre eine weitere Beobachtungszeit, eventuell Wiederaufnahme der Behandlung nöthig.

Referate.

Privatdoc. Jesionek: Zur Protargolbehandlung der Gonorrhoe. (Münchener med. W. Nr. 45).

Im Anschluss an die Neisser'schen Mittheilungen hat Verf. in der Münchener dermatologischen Klinik das Protargol bei der Behandlung der Gonorrhoe in Anwendung gezogen. Dabei hatte er eine Reihe von Misserfolgen zu verzeichnen, in denen die Gonococcen wenig oder gar nicht beeinflusst wurden. Als Grund dafür erwies sich einerseits die Erwärmung der zu den Spülungen, Injectionen und Instillationen verwendeten Lösungen, anderseits die warme Zubereitung der Lösungen. Für den therapeutischen Erfolg ist es ausserordentlich wichtig, dass die Lösungen in der Kälte hergestellt werden. Ebenso wenig zweckmässig ist die Herstellung von Protargollösungen unter Glycerinzusatz. Denn Glycerin bringt, nach den Versuchen des Verf., bei tropfenweiser Application in die Urethra entzündliche Reizerscheinungen hervor. Protargol löst sich in kaltem Wasser bis zu 50 pCt. Achtet man darauf, dass die Lösungen in richtiger Weise zubereitet werden, dass dieselben vor ihrer Application auf die Schleimhäute nicht erwärmt werden, dass nur frische Lösungen in Anwendung kommen, so wird man dem Verf. zustimmen, dass die Einführung des Protargol in die Gonorrhoebehandlung einen wesentlichen Fortschritt bedeutet.

Die genau beobachteten 387 Fälle des Verf., die nicht unter 3 Wochen in Behandlung standen, wurden alle bakteriologisch controlirt. Mit den Injectionen wurde sofort, wenn Komplikationen oder zu heftige Reizerscheinungen fehlten, begonnen. Durch möglichst häufige und möglichst prolongirte Injectionen sollte das Mittel möglichst lange auf die Schleimhaut einwirken. Waren die Gonococcen aus den mikroskopischen Präparaten verschwunden, bestand dabei das Sekret zum grösseren Theil aus Epithelien und Schleim, so liess Verf. bald nur dreimal des Tages, bei Fortdauer des günstigen Verlaufs schliesslich nur einmal des Tages eine prolongirte Injection ausführen. Es ist aber unumgänglich nothwendig, wenn nicht nur vorübergehende Erfolge erzielt werden sollen, die Behandlung lange fortzusetzen. Was den Concentrationsgrad der Lösungen betrifft, so beginnt Verf. beinahe stets mit ¼ pCt. Lösungen, denn so absolut reizlos, wie im Allgemeinen das Protargol in seiner Einwirkung auf die Schleimhäute geschildert wird, hat er es nicht gefunden. Je höher der Concentrationsgrad um so intensiver sind die reaktiven Erscheinungen der gesunden Schleimhaut. Wenn das Sekret vorwiegend epithelialen Charakter angenommen hat, die Gonococcen verschwunden sind, anderseits aber auch wenn die purulente Sekretion sich sehr hartnäckig erhält, geht Verf. zu Injectionen mit ½—1 pCt. Zinc. sozojodollösungen über.

Bei der Erkrankung der Pars posterior greift Verf. zur lokalen Therapie erst dann, wenn sie gar keine Tendenz zur Besserung verräth und empfiehlt die Einführung von geknöpften elastischen französischen Bougies, welche mit 10 pCt. Protargol-Cacaobutter stets frisch überzogen werden. Dieselben werden 1 Mal täglich eingeführt und verbleiben 20—30 Minuten in der Harnröhre. Gewöhnlich genügen 6—8 solche Applikationen. Nach einer zweiten Methode behandelte Verf. die Erkrankung der Posterior in der Weise, dass Spülungen mit ½—2 pCt. Protargollösungen mittels Nélaton vorgenommen wurden.

Von den 387 Fällen waren 113 an Urethritis ant., 274 an Urethritis post. erkrankt. Ohne Gonococcen wurden entlassen 287 : 99 anterior, 188 posterior, mit Gonococcen: 100 : 14 anterior, 86 posterior. Absolut geheilt nach 3 Wochen Behandlung waren 184=47 pCt. Von 113 Fällen unkomplizirter Urethritis anterior blieben 52 pCt. bereits nach dem zweiten Tage, 83 pCt. nach dem siebenten Tage dauernd von Gonococcen

frei. Der Umstand aber, dass bei 52 pCt. der urethritis anterior die Gonococcen nach 2-tägiger Protargoleinwirkung verschwunden waren, bei 13 pCt. aber nach 3wöchentlicher Behandlung, die unter den gleichen Verhältnissen in analoger Weise durchgeführt wurde, die Gonococcen immer wieder nachgewiesen werden konnten, zeigt eben, dass das Protargol so wenig als alle anderen bisherigen Mittel ein Specificum gegen die Gonococcen darstellt.

Weyert.

Bücheranzeigen und Besprechungen.

В. И. Фомиліантъ: Приморскія санаторіи, ихъ роль при леченіи золотухи, «мѣстнаго» туберкулеза и рахита. С.-Петербургъ 1901 г.

(**W. Fomiliant:** Ueber Seehospize und ihre Bedeutung in der Therapie von Scrophulose, Lokaltuberculose und Rachitis).

Dank den unermüdlichen Bemühungen des Prof. Weljaminow wurde im April 1901 am kurländischen Strande, 3 Werst von der Stadt Windau entfernt, ein Sanatorium für scrophulöse und an Localtuberculose leidende Kinder eröffnet, eine Anstalt, wie sie Russland bisher noch nicht besessen und welche, auf streng wissenschaftlichen Principien fussend, berufen ist grossen Segen zu stiften. Bis zum September 1901 haben 53 Kinder Aufnahme in diesem Seehospiz gefunden und viele derselben haben Heilung ihrer Leiden durch den längeren Aufenthalt unmittelbar an der See gefunden. Zunächst im kleinen angelegt, wird diese Anstalt hoffentlich Mittel finden sich stetig zu vergrössern um möglichst vielen armen Patienten, deren Existenz sonst fraglich werden kann, ihre Thore öffnen zu können. Hoffentlich werden bald viele Schwesteranstalten dieser Art an unseren Küsten entstehen! Solches kann natürlich nur stattfinden, wenn alle Schichten der Bevölkerung an der Gründung von Sanatorien regen Antheil nehmen werden, wenn das grosse Publicum von dem unermesslichen Einfluss des Seeklimas auf Scrophulöse, Rachitiker und an Lokaltuberkulose Leidende überzeugt sein wird, wenn es allen Aerzten, zum Bewusstsein gekommen sein wird, dass sich hier ein Mittel bietet, den Gesundheitszustand der ganzen Bevölkerung in Zukunft zu heben.

In ähnlichem Sinne spricht sich auch Prof. Weljaminow in dem einleitenden Geleitwort zur vorliegenden Monographie Fomiliant's aus. Verf. hat sich zur Aufgabe gemacht im Anschluss an die günstigen Erfolge des Windauschen Sanatoriums während der kurzen Spanne Zeit seines Bestehens, uns eine umfassende Schilderung der Kenntnisse über die Thalassotherapie zu geben. Dieser Zweig der Klimatotherapie hat bereits eine Geschichte von $1\frac{1}{2}$ Jahrhunderten und ist namentlich durch die Beobachtungen italienischer und französischer Aerzte gefördert worden; doch auch andere Staaten, wie England, Belgien, Dänemark und Deutschland besitzen eine ganze Reihe von Seehospizen für schwächliche und kränkliche Kinder und sind alle in der grossen therapeutischen, ja curativen Bedeutung dieser Anstalten in Bezug auf Scrophulose, Tuberkulose und Rachitis einig. Verf. bespricht nun ausführlich in einzelnen Capiteln die therapeutischen Factoren des Seeklimas, giebt einen historischen und statistischen Ueberblick über die Thätigkeit ähnlicher Sanatorien des Auslandes, prüft das Krankenmaterial auf seine Brauchbarkeit für derartige Anstalten, d. h. stellt bestimmte Indicationen auf, wann eine Behandlung im Seehospiz zulässig ist oder nicht.

Leider ist es hier unmöglich näher auf das in dieser vorzüglichen Monographie Geschilderte einzugehen, möge jeder, der sich für diese brennende Frage interessirt selbst zu dem Buche greifen, viel Belehrendes, viel Erstrebenswerthes wird er in demselben vorfinden.

Zum Schlusse möchten wir noch den Wunsch aussprechen, der Verf. möchte sich an die lohnende Arbeit machen seine Monographie auch in deutscher Sprache erscheinen lassen, damit dieselbe auch ausserhalb unserer Heimath einen Leserkreis finden könnte.

Hecker.

R. Lenzmann: Die entzündlichen Erkrankungen des Darmes in der regio ileocoecalis und ihre Folgen. (Berlin 1901. Verlag von A. Hirschwald).

Verf. hat während seiner 26-jährigen Praxis eine grosse Anzahl von Erkrankungen der Ileocoecalgegend des verschiedensten Verlaufs beobachtet und sich bei seiner Darlegung weder auf den strengen Standpunkt des Internen noch auf denjenigen des Chirurgen gestellt. Verf. schildert die sich am Appendix selbst abspielenden pathologischen Vorgänge: die Appendicitis ac. cat., ulcerosa, purul., gangraenosa, perforat., granulosa haemorrhagica chron. (Riedel). Dazu liesse sich die von Ewald beschriebene Appendicitis larvata anreihen, welche, wie das Epitheton besagen soll, schleichend ohne Symptome beginnt. Verf. unterscheidet die begrenzten Entzündungsvorgänge in der regio ileocoecalis als Folgeerscheinungen einer Appendicitis (Perityphlitis fibrinosa, serofibrinosa, purul. septica) von den diffusen und metastatischen Entzündungserscheinungen (eitrige Peritonitis, Pleuritis, Septicaemie). Zum weitaus grössten Theil (85—90 pCt.) heilen die entzündlichen Erkrankungen der regio ileo-coecalis bei interner Behandlung aus, bei der Minderzahl muss chirurgisch eingegriffen werden. Verf. unterscheidet eine absolute und relative Indication für die interne, und je nachdem eine solche für die chirurgische Behandlung, für jeden Fall gültige Vorschriften kann man nicht geben, man muss sich von allgemeinen Gesichtspunkten leiten lassen und das pro und contra abwägen.

Eine absolute Indication für die chirurgische Behandlung liegt vor, 1) wenn sich im Verlauf einer Perityphlitis herausstellt, dass das in der Umgebung des Appendix gesetzte Exsudat sich nicht zurückbildet, sondern die charakteristischen physikalischen Eigenschaften eines unter den Bauchdecken liegenden Abscesses annimmt, 2) Unter Umständen kann der Abscess so versteckt liegen, dass derselbe durch physikalische Untersuchung nicht festgestellt werden kann, dann sprechen das gestörte Allgemeinbefinden, Fieber, flacher Puls, grosse Schmerzhaftigkeit auf Druck etc. dafür. Dann 3) wenn unter den Erscheinungen der Perforation ein besonders virulenter Entzündungsprocess in der Umgebung des Typhlons auftritt, der sich in der raschen Bildung eines flüssigen zur dauernden Abdämmung nicht neigenden Exsudats äussert. 4) Peritonitis in Anschluss an eine Perforation des Wurmfortsatzes oder im Gefolge eines perforirenden Abscesses. 5) Ileus in Begleitung resp. als Folge eines entzündlichen Vorganges in der Regio illo-coecalis. 6) Gangraen des Wurmfortsatzes. Es ist schwer zu erkennen, wann diese droht, doch weisen lange Dauer des appendicitischen Anfalls, deutliche Fiebererscheinungen, rascher Puls etc. oft auf einen bösartigen Vorgang am Appendix hin. Verf. räth, wenn das Fieber auf 39 bleibt, der Puls rasch (110—120) ist, die Schmerzhaftigkeit auf Druck nicht nachlässt, sondern intensiver wird, spätestens am Schluss der ersten Woche zu operiren. Bei der Entscheidung, ob operirt werden soll oder nicht, spielen ausser dem individuellen Standpunkt des Operateurs noch viele Factoren mit, auf das Nähere kann hier nicht eingegangen werden. Die sogenannte «Frühoperation» wurde besonders von Riedel, Sonnenberg und Roux empfohlen.

Die Krankengeschichten, die als Illustration dienen, zeigen, wie mannigfaltig der Beginn und Verlauf sein kann. Es folgt eine genaue Schilderung der verschiedenen operativen Eingriffe, worauf hier nicht eingegangen werden kann.

Das Buch, welches Verf. selbst «eine Studie aus der Praxis für die Praxis» nennt, ist übersichtlich und gut geschrieben und kann Jedem, der sich mit dieser Frage beschäftigt, empfohlen werden.

Lingen.

Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Otologie und Pharyngo-Rhinologie. Herausgegeben von Professor Dr. Haug. (Verlag von G. Fischer. Jena 1901).

IV. Band. 4. Heft: Die Hypertrophie der Rachentonsille. Eine Monographie von Prof. Dr. G. Gradenigo. Mit 3 Tafeln und 45 Abbildungen im Text. Nachdem Wilhelm Meyer, der zuerst die Natur und Wichtigkeit der Hypertrophie der Rachenmandel (adenoide Vegetationen) erkannte, seine epochemachende Arbeit über diesen Gegenstand im Jahre 1873 veröffentlicht hatte, haben sich die Monographien und Studien über diese Affection besonders in den letzten Jahren ungemein gehäuft und bilden heutzutage ein sehr reiches Material. Auf Grund dieses Materials und seiner langjährigen eigenen Erfahrung giebt Prof. Gradenigo in der uns vorliegenden Monographie eine zusammenfassende, ausführliche Darstellung unserer gegenwärtigen Kenntnisse über die Hypertrophie der Rachenmandel. Auf mehr als 200 Seiten beschreibt er der Reihe nach die geschichtliche Entwickelung unserer Kenntnisse über diese Affection, die Embryologie, Anatomie und Physiologie der normalen Rachentonsille, die Häufigkeit, Aetiologie und pathologische Anatomie der Hypertrophie derselben, ihre Symptomatologie und Therapie. Bei der enormen Verbreitung dieser Krankheit in allen Klassen der Gesellschaft, ihren sehr

schädlichen Folgen und schnellen und sicheren Heilbarkeit ist es sehr wünschenswerth, dass die Kenntniss derselben unter allen Aerzten verbreitet werde, wozu die vortreffliche Gradenigo'sche Monographie am besten geeignet ist. Wir können sie deshalb nur bestens empfehlen.

IV. Band. 5. Heft: Zur Behandlung der «trockenen» Mittelohraffectionen, insbesondere mit der federnden Drucksonde. Von Prof. D. L. Jakobson. Verf. beschreibt die von Prof. Lucae im Jahre 1884 eingeführte Drucksondenbehandlung und die verschiedenen Modificationen des dazu nothwendigen Instruments. Im Gegensatz zu vielen anderen Autoren hat Verf. mit dieser meistens ziemlich schmerzhaften Behandlungsmethode recht günstige Resultate erzielt in vielen Fällen, in denen der Katheterismus und Pneumomassage erfolglos blieben.

IV. Band. 6. Heft. Die Entzündungen des äusseren Gehörganges. Von Dr. Wilhelm Grosskopf. Verf. bespricht die verschiedenen Formen der acuten und chronischen Otitis externa und ihre Behandlung. Die besten Resultate bei Behandlung des Gehörgangsfurunkels gaben dem Verf. in folgender Salbe getränkte Tampons: Rp. Liq. alumin. acetic. 20,0, Lanolin, Ol. olivar. aa 9,0. und tiefe Incisionen, event. in Narcose. Seine Misserfolge mit der Lamann'schen Tamponbehandlung können wir uns nur durch die vielleicht nicht ganz kunstgerechte Ausführung derselben erklären. Wir haben diese Behandlungsmethode noch lange vor ihrer Veröffentlichung in der Monatschrift für Ohrenheilkunde kennen gelernt und in einer sehr grossen Anzahl von Fällen angewandt; mit den Resultaten derselben waren wir immer höchst zufrieden gewesen. Man muss wohl zugeben, dass die Schmerzen in den ersten 24 Stunden der Behandlung in vielen Fällen nicht geringer sind, als in den vorigen Tagen; nach Ablauf derselben waren aber dafür fast alle Patienten von den zuweilen rasenden Schmerzen vollkommen befreit. Fast alle Patienten liessen den Tampon ruhig liegen, herausgerissen haben ihn nur ganz vereinzelte Personen, die überhaupt nichts vertragen wollen oder können. Die Incisionen haben sich auch uns, wie vielen anderen Autoren, vollkommen überflüssig erwiesen. Wir wenden sie nur bei den Abscessen, besonders am Eingange des Gehörganges, an.

V. Band. 1. Heft: Ueber Erschütterung des Ohrlabyrinthes (Commotio labyrinthi). Von Dr. R. Spira. Verf. giebt eine ausführliche, sehr klare Darstellung dieses in den Lehr- und Handbüchern der Ohrenheilkunde gar nicht oder nur recht wenig behandelten Gegenstandes, der in der Praxis mitunter doch eine grössere praktische Bedeutung annehmen kann. Wir haben die Arbeit mit hohem Interesse gelesen und möchten dieselbe ihrer vorzüglichen und die Frage vollkommen erschöpfenden Darstellung wegen allen Collegen und besonders den Ohrenärzten warm empfehlen.

A. Sacher.

Mittheilungen aus der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga.

Sitzung vom 5. September 1901.

1. Dr. H. Schwartz berichtet über einen Fall von Lymphosarcom des Mediastinums. Der Fall betraf einen 9-jährigen Knaben, welcher vor einiger Zeit unter der Diagnose einer Brustfellentzündung dem Armitstead'schen Kinderhospital zugewiesen wurde. In der That fanden sich auf der rechten Thoraxseite die physikalischen Zeichen eines Pleuraergusses und die Probepunction ergab serös-sanguinolente Flüssigkeit. Es bestand hochgradige Cyanose und Dyspnoe, aber auffallender Weise keine Verdrängung des Herzens. Das Gesicht und die oberen Extremitäten zeigten ein pralles Oedem, was dem Knaben bei Betrachtung nur der oberen Hälfte seines Körpers ein bedeutend älteres Aussehen gab, als der Wirklichkeit entsprach, während die untere Körperhälfte den Eindruck eines 9-jährigen erweckte. Am Thorax fanden sich beträchtliche Erweiterungen der subcutanen Venen. Temp. ca. 38,0.

Die hochgradige Dyspnoe machte eine Punction nöthig, wobei 700 ccm. seröser, stark sanguinolenter, zwischen den Fingern nicht klebender Flüssigkeit entleert wurden. Nach der Punction bedeutende Erleichterung, doch blieb ein gewisser Grad von Dyspnöe immer noch bestehen.

Die Percussion ergab jetzt eine Dämpfung über dem Manubrium sterni, welche sich ein wenig nach rechts über das Sternum hinaus erstreckte; in der rechten Achselhöhle und am unteren Rand des m. pectoralis major liessen sich Lymphdrüsen palpiren. Rechts hinten neben der Wirbelsäule war ein sehr scharfes Athmungsgeräusch zu hören, etwa von dem Charakter, wie man es bei Patienten mit Larynxstenose schon in der Entfernung hört. Das Athemgeräusch wurde denn auch gleich als «stenotisches» aufgefasst.

Patient lebte noch 9 Tage nach der Entleerung des Exsudats, welches sich in dieser Zeit wieder ansammelte.

Bei der Section fand sich ein kindskopfgrosser Tumor im oberen Mediastinum, welcher die rechte Lunge comprimirte und den rechten Bronchus platt gedrückt hatte. Der Tumor hatte alle oberhalb des Herzens befindlichen Gefässe umwachsen und namentlich die vena cava comprimirt. Die unteren Grenzen der linken Lunge standen um ca. einen Intercostalraum tiefer als normal. — Ferner fanden sich ganz unerwarteter Weise, die Nieren vollständig von lymphosarcomatösen Massen durchsetzt, während von der ursprünglichen Nierensubstanz nur noch Reste nachgeblieben waren. Während des Lebens hatte keinerlei Symptom auf diese Veränderung hingewiesen, der Urin war vollständig normal gewesen.

2. Dr. Hampeln hält seinen angekündigten Vortrag: Ueber Pneumonie und Pleuritis mit schweren abdominalen Symptomen. (Erscheint im Druck).

Dr. v. Bergmann: Der überaus dankenswerthe Hinweis Dr. Hampeln's auf das Vorkommen schwerer abdominaler Erscheinungen bei Erkrankungen der Lungen und des Brustfells sei auch für den Chirurgen von der grössten practischen Wichtigkeit. Oft vor die Frage gestellt, ob er beim Vorhandensein solcher Erscheinungen operiren solle oder nicht, eine Frage, die gewöhnlich schleuniger Erledigung bedürfe, werde er oft vor folgenschweren Irrthümern bewahrt bleiben, wenn er sich der Fälle Dr. Hampeln's erinnere.

Was den Fall Tidrik anlange, so ist Redner der Ansicht, dass eine gewöhnliche Darmocclusion, wie Dr. Hampeln sie annehme, hier nicht vorgelegen haben könne; die abschnürende Darmschlinge hätte unter diesen Umständen nothwendigerweise eine Strangfurche hinterlassen müssen. Im vorliegenden Fall aber habe eine solche gefehlt.

Vielleicht könne es sich um einen arteriomesenterialen Verschluss gehandelt haben, also um einen Zustand, bei welchem das klinische Bild vollständig, das pathologisch-anatomische bis auf die Abwesenheit der Strangfurche dem einer gewöhnlichen Occlusion gleiche. Der Verschluss der Mesenterialarterie könne entweder durch Arteriosklerose oder durch Embolie zu Stande gekommen sein. Da im speciellen Fall Arteriosklerose nicht vorhanden gewesen, so bleibe nur, wenn man bei der Annahme eines arterio-mensenterialen Verschlusses beharre, die Möglichkeit einer Embolie übrig; sei es vielleicht möglich, dass die Pneumonie zu einer Embolie geführt habe?

Eine zweite Möglichkeit sei die, dass es sich um Peritonitis gehandelt habe, denn bei der Operation sei in der That Verfärbung der Darmschlingen gefunden worden. Auch spreche die Thatsache, dass ein Theil des Darmes collabirt gewesen, nicht gegen diese Annahme, denn es sei sicher, dass das bei Peritonitis vorkommen könne. Was die Entstehung der Peritonitis betreffe, so könne man sich dieselbe vielleicht durch directe Fortleitung von der Pneumonie her erklären. Es sei eine bekannte Thatsache, dass nach Bauchoperationen sehr häufig Pneumonie entstehe. Der Grund hiervon sei unbekannt, es scheine sich aber zu bestätigen, dass die Entzündungserreger durch die Lymphwege des Zwerchfells hindurch aus dem Abdomen in den Thoraxraum gelangten. Gebe man diese Möglichkeit zu, so müsse auch der umgekehrte Weg gangbar sein.

Was habe nun in den nicht operirten Fällen vorgelegen? Möglicherweise handle es sich um reflectorische Darmerscheinungen, wie sie schon von Traube und Lancereaux beschrieben worden seien.

Zum Schluss wendet sich Redner noch gegen den von Dr. Hampeln gebrauchten Ausdruck «Ileus» und schliesst sich ganz Nothnagel an, der geäussert habe, wie man sich von der Diagnose «Wassersucht» freigemacht habe, so müsse man auch die Diagnose «Ileus» fallen lassen. Das Symptomenbild des Ileus könne ohne Darmocclusion bestehen und umgekehrt.

Dr. O. Klemm: Bei Kindern habe Baginsky auf den Abdominalschmerz bei Lungenkrankheiten hingewiesen; aber nicht nur bei diesen sondern bei sämmtlichen Infectionskrankheiten, z. B. auch bei Anginen komme derselbe vor.

In Bezug auf die von Dr. Hampeln durch Reflexwirkung erklärten abdominalen Erscheinungen bemerkt Redner, dass man hier ja auch an eine Giftwirkung denken könne, an eine toxische Paralyse des Darmes.

Dr. Hampeln wendet gegenüber den Ausführungen Dr. v. Bergmann's ein, dass eine Strangfurche nicht nothwendigerweise jede Darmocclusion zu begleiten brauche, Nothnagel erwähne sie überhaupt nicht in seinem Handbuch; es sei zuzugeben, dass man sie bei jeder Achsendrehung erwarten müsse, doch sei es vollkommen erklärlich, dass sie bei Compression des Darmes durch einen weichen elastischen

Körper, durch eine Darmschlinge fehle. Auch glaube Redner sich solcher Darmocclusionen mit tötlichem Ausgang zu erinnern, wo bei der Section sich keine Strangulationsfurche fand.

Gegen die von Dr. v. Bergmann in's Auge gefasste Möglichkeit eines Verschlusses einer Mesenterialarterie wendet Dr. Hampeln ein, dass die Gefässe bei der Section anscheinend normal befunden worden seien. Es sei zwar im Sectionsprotocoll nicht ausdrücklich gesagt worden, dass keine Thrombosirungen sich gefunden hätten, doch seien in den Venen keine Stauungen vorhanden gewesen.

Ebenso müsse man die Diagnose einer Peritonitis zurückweisen, weil bei der Section keine gefunden worden, die Darmschlingen seien spiegelnd gewesen, die in der Bauchhöhle gefundene Flüssigkeit könne als Transsudat gedeutet werden.

So sehr nun Redner die Annahme einer primären croupösen Pneumonie gepasst hätte, so meine er doch, dass man diese ausschliessen könne. Bei der Section habe sich zwar eine Pneumonie gefunden, aber keine croupöse, sie habe vielmehr das Aussehen einer secundären, hypostatischen oder metastatischen gehabt.

Auch das Auffinden des Fränkelschen Diplococcus sei nicht beweisend für die Diagnose einer croupösen Pneumonie. Der Diplococcus sei facultativ pathogen, er finde sich bisweilen in der Mundhöhle und in den Alveolen von Menschen mit ganz gesunden Lungen.

Gegen die Annahme einer primären Pneumonie spreche auch der klinische Verlauf, soweit er im Krankenhause beobachtet worden sei.

Da somit alle anderen in Betracht kommenden Erkrankungen auszuschliessen wären, käme man per exclusionem zur Diagnose einer Darmocclusion. Allenfalls könne man noch an die Möglichkeit einer primären phlegmonösen Enteritis denken, in deren Gefolge die Darmlähmung aufgetreten sei. Dies seien sehr seltene Vorkommnisse, Nothnagel führe in seinem Handbuch nur einen einzigen derartigen Fall an. Redner selbst habe auch nur einen zu beobachten Gelegenheit gehabt. Es habe sich da um ein junges Mädchen aus dem Blindeninstitut gehandelt, das seit Jahren an gastrischen Erscheinungen gelitten habe. 4 Tage vor dem Tode sei heftiges Erbrechen aufgetreten, das an Ulcus ventriculi denken liess. Bei der Obduction fand sich der Magen intact, dagegen eine phlegmonöse Entzündung des jejunum und ileum in 50—60 cm. Ausdehnung. Die Mesenterialvenen waren bis zur vena portae thrombosirt. — Im Falle Tidrik könne vielleicht der Beginn einer solchen bösartigen Enteritis vorgelegen haben, es sei schon Schwellung der Darmwand vorhanden gewesen.

Was den beanstandeten Ausdruck «Ileus» betreffe, so vermeide Redner denselben ebenfalls, die Bezeichnung «Ileus paralyticus» aber sei ein gebräuchlicher Terminus, besonders bei Peritonitis und lasse sich nur schwer und in umständlicher Weise durch andere Ausdrücke ersetzen.

Dr. v. Bergmann erklärt es für ganz unmöglich, dass eine nicht fixirte, sich frei bewegende Darmschlinge durch Druck auf einen Darmtheil Occlusion herbeiführen könne. Sehr oft sehe man die Flexur stark verlagert in einer Weise, dass ein Druck auf andere Darmtheile unausbleiblich sei und doch keine Occlusion. — Occlusionen ohne Strangfurche finden sich nur an zwei Stellen, nämlich gleich unterhalb des Duodenum und am Coecum. Es sei noch nicht aufgeklärt, woher das komme.

Dr. Hampeln: Gerade um das cöcale Ileumende handle es sich hier.

Allerdings müsste die Schlinge fixirt gewesen sein, aber nicht durch Adhäsion, sondern durch Compression. In diesem Fall könnte sie bei der Operation wohl zurückgeschlüpft sein.

Auf Dr. Klemms Bemerkung erwidert Dr. H., dass es eine bisher unentschiedene Frage sei, ob bei den in Rede stehenden Fällen die Reflextheorie oder die Intoxicationstheorie zur Erklärung der Fernwirkungen heranzuziehen sei. Vortragender habe die Reflextheorie erwähnt, ohne sich für sie zu engagiren, er halte im Gegentheil auch die Intoxicationstheorie, welche besonders von Knoll urgirt werde, für gut begründet.

d. Z. Secretair: Dr. Bertels.

Vermischtes.

— Seine Majestät der Kaiser hat, wie der Kriegsminister nach dem Actus zur Jahresfeier der militär medicinischen Academie mittheilte, dem Vorschlage, das Gehalt aller Militärärzte zu erhöhen, seine Zustimmung ertheilt. Bis zur Regelung dieser Frage auf gesetzgeberischem Wege hat Se. Majestät der Kaiser auf die Fürsprache des Kriegsministers als Zeichen besonderer Monarchischer Gnade befohlen, sämmtlichen Militärärzten den Betrag einer doppelten Monatsgage als einmalige Unterstützung schon jetzt auszuzahlen.

— Am 20. December erfolgte hierselbst im grossen Adelssaale die feierliche Eröffnung des XI. Congresses russischer Naturforscher und Aerzte unter zahlreicher Betheiligung der Mitglieder und geladenen Ehrengäste durch den Ehrenpräsidenten des Congresses, Se. Hoheit den Prinzen Alexander von Oldenburg, nachdem am Abend vorher im Saale des Hôtel du Nord die Begrüssung der aus der Provinz angereisten Congressmitglieder stattgefunden hatte. Zum Präsidenten des Congresses wurde der Vorsitzende des Organisationscomités, Professor der Chemie an der St. Petersburger Universität Dr. Nikolai Menschutkin und zu Vicepräsidenten der Professor der Physik Dr. N. A. Umow (Moskau) und der Professor der Pharmakologie J. M. Dogel (Kasan) mit grosser Majorität gewählt. Die Zahl der Congressmitglieder ist eine überaus grosse: sie betrug am Eröffnungstage bereits 3250.

Einen ausführlicheren Bericht werden wir nach Schluss des Congresses bringen, welcher auf den 30. December festgesetzt ist.

— Ordensverleihungen: Der Stanislaus-Orden I. Classe — dem Vicepräsidenten des medico-pharmaceutischen Curatoriums in Moskau, wirkl. Staatsrath Dr. Peter Nikolski und dem Corpsarzt des 19. sibirischen Armeecorps, wirkl. Staatsrath Dr. Slantschewski. — Der St. Wladimir-Orden III. Classe — den Gouvernements-Medicinalinspectoren von Pensa — wirkl. Staatsrath Dr. Nikitin und von Bessarabien — Dr. Peretjatkowitsch. Der St. Wladimir-Orden IV. Classe — dem Prof. ord. der mil.-med. Academie Dr. J. Pawlow; dem Oberarzt des klinischen Militärhospitals Dr. Makawejew, dem Oberarzt des Moskauer Militärhospitals Dr Eugen Gay und dem Prof. ord. der mil.-med. Academie Dr. Cholodkowski.

Befördert: Zum Wirkl. Staatsrath — der Oberarzt des alten Katharinenhospitals in Moskau, Dr. Ssarytschew, der Corpsarzt des 12. Armeecorps Dr. Langwagen, der Gehülfe des Militär-Medicinalinspectors des Odessaer Militärbezirks, Dr. Markow, der Prof. ord. der militär-medicinischen Academie Dr. Janowski.

Verstorben: 1) In St. Petersburg am 20. December der Militärarzt Dr. Nikolai Kasanski. Der Verstorbene ist seit 1882 als Arzt thätig gewesen. 2) In Zwiefalten (Würtemberg) im Alter von 42 Jahren der Director der dortigen Irrenanstalt, Sanitätsrath Dr. Oscar Binder, welcher sich durch zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten eine hochgeachtete Stellung in der psychiatrischen Literatur errungen hat. 3) In Stockholm Dr. Axel Key, ehemaliger Professor der pathologischen Anatomie am Carolinischen Institut daselbst, im 70. Lebensjahre. Er war seit 1869 auch erster Redacteur des «Nordiskt medicinskt arkiv». 4) In Rom der ehemalige Professor der dortigen Universität Dr. Luigi Chiminelli eine Autorität auf dem Gebiete der Wasserheilkunde, im Alter von 85 Jahren.

— Zum Curator der hiesigen Augenheilanstalt (in der Mochowaja) ist der Ehrenvormund, Generallieutenant von Ceumern ernannt worden.

— Professor Rudolph Virchow in Berlin hat vor einigen Tagen das Unglück gehabt, beim Abspringen vom Trittbrett eines elektrischen Strassenbahnwagens sich eine Fractur des Schenkelhalses zuzuziehen.

— Dem Privatdocenten der Physiologie Dr. Bleibtreu in Bonn ist der Professortitel verliehen worden.

— In der vorigen Woche ist hier ein «Vegetarischer Verein» ins Leben getreten, zu dessen Präsidenten Dr. Selenkow gewählt wurde.

— Wir entnehmen dem Jahresbericht der militär-medicinischen Academie für das Studienjahr 1900—1901 nachstehend einige Daten: Die Zahl der ordentlichen Professoren betrug zu Beginn des Berichtsjahres — 23, die der Privatdocenten — 85, von denen aber nur 32 Vorlesungen hielten. Dazu kommen noch 11 Prosectoren, 2 Laboranten und 7 Assistenten. Die Zahl der Studirenden belief sich auf 883, die der freien Zuhörer auf 33. Ausserdem waren zur weiteren Vervollkommnung der Academie zucommandirt 61 Militärärzte und vom Medicinaldepartement 82 Civilärzte. Den Cursus beendigten 133 Studenten, welche sämmtlich nach bestandener Prüfung den Arztgrad erlangten. Academische Grade und Würden hat die Academie im Berichtsjahre im Ganzen 514 verliehen, und zwar: eines Dr. med. — 68 Personen, eines Mag. pharm. — 9, eines Zahnarztes — 28, eines Kreisarztes — 1, eines Provisors — 2, eines Apothekergehülfen — 69, eines Dentisten — 42 und einer Hebamme — 295 Personen.

— Nach dem Jahresbericut der Universität Jurjew (Dorpat) für das Jahr 1901 betrug die Zahl der Studirenden zum 1. December d. J. im Ganzen 1701, von denen 716 der medicinischen Facultät angehören. Dazu kommen noch 100 Pharmaceuten und 10 freie Zuhörer. Das Lehrpersonal bestand aus 81 Personen, darunter 39 ordentliche und 19 ausserordentliche Professoren, 1 Professor der orthodoxen Theologie, 4 Docenten, 10 Privatdocenten, 1 gelehiter Apotheker 1 Observator, 2 Prosectoren etc. Das für das laufende Jahr ausgesetzte volle Reisestipendium gleich wie die volle Prämie der Robert Heimbürger-Stiftung für wissenschaftliche Arbeiten im Bereich der medicinischen Facultät sind in diesem Jahre nicht zur Vertheilung gelangt und ist daher die Bewerbung um diese Prämie bis zum 1. Mai 1902 verlängert worden.

— Die städtischen Armenärzte Berlins, welche bisher zur Hälfte 1200 Mark und zur andern Hälfte 1500 Mark Jahresgehalt bezogen, werden, wie wir der «Allg. m. C.-Ztg.» entnehmen, nach einem Beschlusse des Magistrats vom 1. April 1902 ab sämmtlich 1600 Mark Jahreshonorar erhalten.

— In Kronstadt ist in der vorigen Woche ein Asyl für alterschwache und dienstunfähig gewordene barmherzige Schwestern eröffnet worden.

— Der hier verstorbene Capitalist A. J. Grigorjew hat ein Capital im Betrage von 131,000 Rbl. testamentarisch zu dem Zweck vermacht, dass die Zinsen desselben zu Stipendien für Studenten der St. Petersburger Universität und Zuhörerinnen des weiblichen medicinischen Instituts und der Höheren weiblichen Curse verwandt werden. (Kurjer—Wr.).

— Dem in Libau prakticirenden Zahnarzt N. Aronstamm ist vom Ministerium des Innern die Concession zu einer Poliklinik für Zahn- und Mundkrankheiten ertheilt worden. Als mitverantwortlicher Arzt in derselben ist Dr. E. Prager bestätigt worden.

— Vom Medicinalrath ist, wie verlautet, an die medicinischen Facultäten und alle zahnärztlichen Schulen die Aufforderung ergangen, ihre Meinungen darüber zu äussern, ob es wünschenswerth wäre, die zur Zeit bestehenden Verordnungen für die zahnärztlichen Schulen abzuändern und zu vervollständigen. Im Vordergrunde der Reform der zahnärztlichen Schulen soll die Frage einer Verlängerung des Cursus von 2½ auf 4 Jahre stehen. Ausserdem sollen die Rechte dieser zahnärztlichen Schulen erweitert werden.

— Von der bevorstehenden grossen Anleihe der Stadt St. Petersburg beabsichtigt die Stadtverwaltung zwei Millionen Rubel zur Erweiterung und Verbesserung der städtischen Hospitäler zu verwenden.

— Eine hochherzige Stiftung zur Bekämpfung der Schwindsucht in England ist von einem anonymen Spender gemacht worden. 200,000 Pfund Sterling (gegen 2 Millionen Rubel) wurden dem Könige von England zur Verfügung gestellt, der diese Summe zur Errichtung einer Heilanstalt für Lungenkranke bestimmte. Wie jetzt bekannt geworden, ist der edle Wohlthäter ein geborener Deutscher: es ist der bekannte Finanzmann Sir Ernest Cassel, der i. J. 1852 in Köln geboren ist, wo sein Vater Banquier war.
Bf.

— Die Gesammtzahl der Kranken in den civilhospitälern St. Petersburgs betrug am 15. Dec. d. J. 8767 (12 wen. als in d. Vorw.), darunter 706 Typhus — (24 wen.), 815 Syphilis — (15 wen.), 363 Scharlach — (36 wen.). 114 Diphtherie — (7 wen.), 68 Masern — (1 mehr) und 20 Pockenkranke — (2 mehr als in der Vorw.).

Mortalitäts-Bulletin St. Petersburgs.

Für die Woche vom 9. bis zum 15. December 1901.

Zahl der Sterbefälle:

1) nach Geschlecht und Alter:

Im Ganzen: M.	W.	Sa.	0—6 Mon.	7—12 Mon.	1—5 Jahr.	6—10 Jahr.	11—15 Jahr.	16—20 Jahr.	21—30 Jahr.	31—40 Jahr.	41—50 Jahr.	51—60 Jahr.	61—70 Jahr.	71—80 Jahr.	81 und mehr.	Unbekannt.
405	304	709	143	56	113	32	16	19	57	67	58	62	43	33	9	1

2) nach den Todesursachen:

Typh. exanth. 1, Typh. abd. 20, Febris recurrens 0, Typhus ohne Bestimmung der Form 0, Pocken 2, Masern 13, Scharlach 29, Diphtherie 34, Croup 2, Keuchhusten 4, Croupöse Lungenentzündung 25, Erysipelas 3, Grippe 9, Cholera asiatica 0, Ruhr 3, Epidemische Meningitis 1, Acuter Gelenkrheumatismus 1, Parotitis epidemica 0, Rotzkrankheit 0, Anthrax 0, Hydrophobie 0, Puerperalfieber 1, Pyämie und Septicaemie 12, Tuberculose der Lungen 98, Tuberculose anderer Organe 25, Alkoholismus und Delirium tremens 7, Lebensschwäche und Atrophia infantum 33, Marasmus senilis 30, Krankheiten der Verdauungsorgane 59, Todtgeborene 35.

Nächste Sitzung des Vereins St. Petersburger Aerzte: Dienstag den 8. Januar 1902.

Nächste Sitzung des Deutschen ärztlichen Vereins: Montag den 14. Januar 1902

Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau **Catharine Michelson**, Гагаринская улица д. 30, кв. 17.

Schwester **Const. Schmidt**, Петерб. ст. Матвѣевская ул. д. 9, кв. 20.

Ольга Свѣтлова, Черн…вск., д. 17, кв. 19.

Frau **Gülzen**, W. O., 17 Linie, Haus № 16, Qu. 10.

Marie Winkler, ул. Солянова пер. и Пантелеймонской ул. д. 4. кв. 11

Frau **Marie Kubern**, Gr. Stallhofstr. Haus d. Finnischen Kirche 6—8, Q. 19.

Alexandra Kasarinow, Николаевская ул. д. 61, кв. 32.

Frau **Hasenfuss** Мал. Подъяческ. д. 14, кв. 15.

Frau **L. A. Bogoslawskaja**, Erteleff Pereulok № 16, Qu. 6.



Adressen von Krankenpflegerinnen:

Frau Adelheid von Fersen Catharinencanal 81, Q. 20.

Elise Blau, Лиговская 58, кв. 15.

Довв. ценв. Спб., 3 Января 1902 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke. Katharinenhofer Pr. № 15

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 1. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". **1901.**

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Archiw psichiatrii, neirologii i ssudebnoj psichopatologii (Archiv für Psychiatrie, Neurologie u. gerichtl. Psychopathologie).
Bolnitschnaja gaseta Botkina (Botkin's Hospitalzeitung).
Chirurgia (Chirurgie).
Djetskaja Medizina (Pädiatrische Medicin).
Jeshenedjelnik (Wochenblatt).
Ljetopijss russkoi chirurgii (Annalen der russisch. Chirurgie).
Medizina (Medicin).
Medizinskoje obosrenje (Medicinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Russkij Archiw Patologii, klinitscheskoi Mediziny i Bacteriologii (Russ. Archiv für Pathologie, klin. Medicin u. Bacteriologie).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Westnik klinitscheskoj i ssudebnoj psichiatrii i neiropatologii (Zeitschrift für klinische und gerichtliche Psychiatrie und Neuropathologie).
Westnik obschtschestwennoj gigieny, ssudebnoj i praktitscheskoj mediziny (Zeitschrift für öffentliche Hygiene, gerichtliche und praktische Medicin).
Wojenno-medizinskij shurnal (Militär-medicinisches Journal).
Wratsch (Der Arzt).

Westnik Oftalmologii. Juli—Oktober 1900.

(Schluss).

D. L. Orlow. «Bericht über die Augenkranken des Mitischinskischen Landschafts-Hospitales (Gouvernement Moskau) für die Jahre 1890—1899.

Aufgenommen wurden 272 Patienten, an welchen 158 Operationen ausgeführt wurden. Extractionen 80. Iridectomien 46. Sclerotomien 10 mal. Discision 2. Enucleation 5 und kleine Operationen. Das Hospital liegt nur 20 Werst von Moskau entfernt und dennoch verlangten so viele Augenkranke Hilfe vom Landarzte.

J. Petschnikow: «Bericht über eine 5-jährige augenärztliche Thätigkeit».

Im Kasanschen Gouvernement, Kreis Laischef arbeitete P. am Landschaftshospitale. Tataren, Tschuwaschen, Mordwinen bilden die eingeborene Bevölkerung. In 5 Jahren 1894, 1895, 1897—1899 stellten sich vor 5682 Augenkranke.
Trachomkranke 1713, Linse 401 Fälle, Glaucom 131 Fälle. Blinde gab es 564. Häufigste Ursache der Erblindung war Trachom mit seinen Folgekrankheiten. Operationen wurden in Summa 826 ausgeführt. Extractionen mit Iridectomie 120. Operation gegen Entropion und Trichiasis 109 — hauptsächlich nach der sogenannten «Suellen-Hotzschen» Methode ausgeführt. Iridectomien 99. Panophthalmitis, Iridocyclitis nach Extraction zusammen in 5 Fällen.

«Gesellschaft der Augenärzte zu Moskau».

Unter diesem Namen und mit neuen Statuten und erweitertem Programm setzt der seit 11 Jahren in Moskau bestehende Verein seine Thätigkeit fort und hielt am 19. Januar 1899 seine erste Sitzung. Der Verein zählt 27 Mitglieder. Ewetzki sprach über die «Entwickelung der Augenheilkunde in Russland».

Zweite Sitzung 9. Februar 1899.

Lojetschnikow. «Ueber die Beziehungen zwischen Cataract und Tetanie».

Krankenvorstellung. L. macht besonders darauf aufmerksam, dass die Linsentrübung der 22-jährigen Patientin ganz gleichmässig sei und nicht so gestaltet wie etwa beim Schichtstaar. Aehnlich der Cataracta diabetica entwickelt sich eine Cataract bei Tetanie auf Grundlage der allgemeinen Ernährungsstörung, eine rein locale Ursache ist auszuschliessen.

Th. Ewetzki «demonstrirt einen Patienten mit Cornu cutaneum palpebrae».

K. Snegirew. «Ueber die Anwendung des Protargols in der Augenpaxis».

Er versuchte es an 45 Patienten welche theils an eiterigen Erkrankungen der Bindehaut, theils an Affection des Thränensackes litten. 20—30 pCt. Lösungen wurden verwandt. Ein mal täglich wurde die Bindehaut bepinselt. Zu häuslichem Gebrauche wird eine 5 pCt. Lösung mitgegeben zu Einträpfelungen bis zu 6 mal am Tage. Das Protargol besitzt gar keine Vorzüge im Vergleich mit dem Argentum nitricum; brauchbar ist es überhaupt nur in leichten Fällen.
In der Discussion sprechen gegen das Protargol: Lawrentjew, Gillus, Adelheim, Lojetschnikow, Snegirew, Awerbach. Von den Meisten wurde noch hervorgehoben, dass eine etwa 10 pCt. Protargollösung schmerzhafter empfunden werde, als eine 1 bis 4 pCt. Lapislösung. (An der St. Petersburger Augenheilanstalt hat das Protargol ebenfalls keinerlei Vorzüge gerechtfertigt. Ref.).

I. W. Lisitzin. «Ein Fall von starker Blutung aus einem an Glaucom erblindeten (und wohl bereits degenerirenden) Auge nach Perforation der Harnhaut».

Dritte Sitzung 2. März 1899.

W. Filatow. «Ueber die Bildung von strukturlosen Glasmembranen im Auge». Demonstration microskopischer Präparate.

M. N. Blagoweschtschensky demonstrirt einen Schreibapparat für Blinde «Regiograf». Dr. Domaschnew welcher diesen Apparat zu construiren angegeben, ist selbst blind.

M. O. Awerbach. «Ueber Veränderungen des Harnhautastigmatismus veranlasst durch Operationen an den Augenmuskeln».

Mit dem Javal-Schlötz'schen Ophthalmometer untersuchte er 17 Fälle vor und nach der Operation. Resultate: Die Tenotomie des m. r. interni — 10 Fälle — zeigte stets eine Zunahme des Astigmatismus im Hauptmeridiane von 0,1 bis 1,2D. Die Tenotomie des m. r. externi vermehrt ebenfalls den vor der Operation gemessenen As. (5 Fälle). Eine Tenotomie mit gleichzeitiger Vorlagerung und Resection des Antagonisten verursacht Abflachung, also Abnahme des As.

Vierte Sitzung den 30. März 1899.

M. N. Blagoweschtschensky. «Stellt eine Patientin vor mit Embolia arteriae centralis retinae».

Die Embolie war keine vollständige: aussen von der Papille zur Macula lutea hin war ein Bezirk erhalten und wurde von zwei Gefäss-Stämmchen — Cilioretinalästen — ernährt. G. F. sehr eingeschränkt V = 0,7 bis 1,0.

W. P. Strachow. «Zwei Fälle von Glaucom in Augen mit retinitis pigmentosa».

Professor Krjnkow hielt die Fälle nicht für einwandsfrei weil das Gesichtsfeld nicht so beschränkt ist wie bei typischer retinitis pigmentosa.

S. N. Lojetschnikow demonstrirt «einen Patienten mit syphilitischer Iridocyclitis».

Papeln resp. Gumma sassen am Papilarrande sowie in Kammerwinkel. Letzterer Sitz gehört nach L.'s Erfahrung zu den Spätformen der Lues und ist selten.

G. I. Wolinzew. «Ueber die temporäre Resection der äusseren Wand der Augenhöhle».

Er empfiehlt eine Operation welche, mit geringfügigen Abweichungen im Hautschnitte, genau der bekannten Krönlein'schen Operation entspricht.

Fünfte Sitzung 13. April 1899.

S. Golowin. «Sehnervengeschwulst operirt nach Krönlein».

Frau von 40 a. n. war vor 10 Tagen operirt worden. Das Auge war bereits erblindet. Die Geschwulst wurde entfernt mit Schonung des Augapfels. Der Sehnerv ging Mitten durch die Geschwulst. Dicht am Augapfel sowie dicht am Foramen Opticum wurde durchschnitten. Bisher guter Verlauf. Die Kranke wird vorgestellt.

II. «Die operative Behandlung des pulsirenden Exophthalmus». Krankenvorstellung. Frau von 31 a. n. Vor ca. 9 Monaten Schuss aus einem Revolver in die rechte Schläfengegend, darnach Erblindung des rechten Auges und linksseitige Hemiplegie. Letztere ging zurück; es trat Exophthalmus auf. Zur Zeit der Aufnahme steht das rechte Auge fast um 2 Ctm. höher als links. — Pulsation fühlbar, aber nicht sichtbar. Ueber dem inneren Drittel des oberen Lides ein systolisches Geräusch hörbar. Auf der Hornhaut im Centrum ein Defect. Empfindlichkeit der Hornhaut, Bindehaut, sowie der rechten Gesichtshälfte aufgehoben. Sehnervenkopf blass V=O. Temporäre Resection nach Krönlein. In der Tiefe der Augenhöhle ein pulsirendes Aneurysma der Vena Ophtalmica. Das Aneurysma wurde unterbunden, aber nicht entfernt. Heilung normal. Exophthalmus und Pulsation schwanden. Die Unterbindung der Vene ist für das Sehvermögen nach G. wahrscheinlich nicht gefährlich.

G. I. Samurawkin. «Spontane Resorption einer senilen Cataract».

Krankenvorstellung. Vor 12 Jahren begann die Abnahme des Sehvermögens. — Patient jetzt 61 a. n. — und sank im Laufe dreier Jahre bis auf Lichtschein. Dann trat wiederum Aufhellung ein und zur Zeit ist Visus mit + 13 D = 0,1. Fundus sichtbar. Linsenreste. Kein Trauma. Links reife senile Cataract.

F. O. Ewetzki. «Ueber Syphilome des Ciliarkörpers».

Sitz im Kammerwinkel oder ausserhalb auf der Corneo-Scleralgrenze. Meist nur ein kleiner Tumor. Farbe der Syphilome: gelb, röthlich oder braun bis schwärzlich. Folge von Pigmentwucherung. Iritis stets gleichzeitig vorhanden; in $^1/_3$ der gesammelten Fälle fand sich Hypopium — was bei einfacher Iritis luetica selten beobachtet wird. Cyclitis schliesst sich häufig an Verlust des Sehvermögens in 53 pCt. bis 70 pCt. Im ersten Jahre nach der Ansteckung durch Lues erkrankten bis 60 pCt.

Sechste Sitzung 28. September 1899.

F. O. Ewetzki hält der Verstorbenen E. D. Kostalskaja einen Nachruf.

A. A. Maklakow demonstrirt «eine Kranke mit eiteriger Entzündung der Meibohm'schen Drüsen. Aus den Drüsen, deren Ausführungsgänge stark erweitert sind, lässt sich flüssiger Eiter ausdrücken. Die Erkrankung besteht seit Jahren und konnte bisher nicht geheilt werden. Im Eiter fanden sich Stäbchen: lange und dünne, dicke und kurze — aber keine Streptokokken oder Staphylokokken.

Krjukow bestätigt die grosse Seltenheit dieser Fälle. Zur Beseitigung des Leidens werden chirurgische Eingriffe vorgeschlagen.

A. W. Natanson. «Bericht über zwei Fälle von Frühjahrscatarrh — eine in Russland sehr seltene Erkrankung».

W. P. Strachow. «Ueber Osteoma orbitae».

Das Osteom sass innen, aber in der Gegend des Nasenwinkels. Es war von reichlich Hühnereigrösse und hatte zu Fistelbildungen in der bedeckenden Lidhaut und an der Nasenwurzel geführt. Das Auge war stark verdrängt. Sehr heftige Schmerzen quälten den Patienten und eines Tages brach er sich die Geschwulst mit eigener Hand heraus! Dieselbe wog 64 Gramm.

Siebente Sitzung 26. October 1899.

Natanson demonstrirt einen Fall von «Frühjahrscatarrh».

M. O. Awerbach. «Ueber die Veränderungen der Refraction aphakischer Augen».

T. I. Fedorow. «Ueber Cataractbildung bei Tetanie».

Patient 35 a. n. Rechts cataracta incipiens, von der Peripherie ausgehende radiale trübe Streifen. Links Cataracta matura. Anamnese absolut negativ. Extraction mit vollem Erfolg. Nach etwa Jahresfrist ist auch das rechte Auge vollständig reif. Patient hat fast gänzlich die Haare verloren. Heftige Kopfschmerzen. Starke Durchfälle. Extraction rechts mit bestem Erfolge. Während des Aufenthaltes in der Heilanstalt traten tetanische Anfälle auf typischer Art. Jetzt gesteht Patientin an solchen Anfällen bereits seit 11 Jahren zu leiden. Das sogenannte «Phänomen n. facialis» sowie das «Phänomen Trousseau» waren sehr deutlich.

Achte Sitzung 30. November 1899.

W. P. Filatow demonstrirt «einen Patienten mit ausgedehnter Netzhautablösung und Cholestearin-Krystallen auf der Netzhaut».

P. L. Fedorow. demonstrirt «mikroskopische Präparate zum Frühjahrscatarrh — der Bindehaut des Patienten entnommen».

K. W. Snegirew. I. «Ein Fall von Haemorrhagia expulsiva».

Trauma, Luxation der Linse in die vordere Kammer, Trübung der Linse — Secundärglaucom. Extraction der früher lädirten Linse mit Iridectomie. Operation verlief normal. Eine Stunde darnach ist der Verband durchblutet. Beim Verbandwechsel liegt ein grosser schwarzlicher Wulst zwischen den Schnitträndern. Der Wulst wird abgetragen. Microskopische Praparate lassen Veränderungen an den Gefässen der Chorioidea erkennen: verdickte Wände, enges Gefässlumen, variköse Veränderungen.

II. «Ein Fall von Lipo-dermoid der Bindehaut. Demonstration mikroskopischer Präparate».

Neunte Sitzung 21. December 1899.

W. P. Strachow «stellt einen Patientin vor mit parenchymatöser Keratitis nach erworbener Lues».

Patient 30 a. n. vor 4 Jahren luetische Infection. Wurde behandelt. Der Fall wurde in der Discussion mehrfach angezweifelt. Konnte auch Pannus nebst Infiltraten nach Trachom sein.

P. I. Bereskin. «Ein Fall von Contusio, resp. Commotio retinae».

Am 18. Nov. Schlag mit einem stumpfen Holzgegenstande gegen das linke Auge. Sugillation und starke Lidschwellung; erst am 25. bemerkt Patient eine Sehstörung und sucht Hilfe. Status: Lider sugillirt. Sugillatio conj. B. in der unteren Hälfte. Pupille weit, fast reactionslos. Die Netzhaut um die Papille diffus trübe und von grauer Farbe. Innen und unten von der Papille auf der Netzhaut ein länglicher weisser Flecken mit zackigen Rändern. Gerade unter den Sehnerven eine weissliche bogenförmige Stelle in der Retina. Blutungen nicht sichtbar. Etwas weiter ab von jenem Bogen eine rundliche Stelle, an Durchmesser gleich $1^1/_2$ Papillen, von weisslicher Farbe und wie mit Körnchen bedeckt. Visus mit — 2 D = 0,3. G. F circulär eingeschränkt. Ueber der Macula lutea ein Scotom. Bis zum 20. December Besserung, Visus = 0,4 G. F und Scotom wie vorher. Mit dem Augenspiegel obige Flecken noch erkennbar, aber kleiner. An der Stelle des gelben Flecken ein dunkler Punkt. B ist der Ansicht es handelt sich im gegebenen Falle um Risse sowie um Oedeme und Infiltration der Netzhaut.

N. N. Disler demonstrirt «einen Patienten mit dem Befunde einer Neuro retinitus proliferans».

K. W. Snegirew. «Endotheliom der Thränendrüse». Präparate.

II. «Neuris-fibroma der Lidhaut». Präparate.

St. Petersburger Ophthalmologische Gesellschaft.

Sitzung den 28. October 1899.

A. L. Merz. «Experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese der Stauungspapille».

Auch deutsch im Archiv für Augenheilkunde Band 41, Heft 4.

I. E. Maximow. «Ueber die Wirkung von Arecolinum hydrobromicum auf das Auge».

Es wirkt wie Eserin myotisch. Am menschlichen Auge wurden $^1/_2$ pCt. und 1 pCt. Lösungen angewandt. Die locale

Reizung ist gering und von kurzer Dauer. Die Pupille verengert sich ad Maximum bis auf $1^1/_2$ Mm. Durchmesser. Ist die Pupille durch Atropin erweitert, dann wirkt Arecolin nicht. Ebenso wirkt Atropin nicht, wenn vorher die Pupille durch Arecolin verengert wurde. Der Nahpunkt wird nähergerückt durch Arecolin, d. h. die Accomodation nimmt zu um 3 bis 5 D. Die Farbenprobe nach Bellarminow zeigt dass Arecolin die Diffusion durch die Augenhäute etwas vermehrt. Am Kaninchenauge wurde das Hornhautepithel nicht angegriffen bei Einträufelung starker Lösung. Der Augendruck — mit dem Maklakow'schen Tonometer gemessen — wird herabgesetzt sowohl in normalen, als in Glaucomaugen. Schmerzen schwanden in den Glaucomaugen zuweilen auffallend schnell. Im Ganzen wirkt Arecolin wie Eserin, die Wirkung hält aber nicht so lange an.

Dr. Felser demonstrirt «einen Sehnerventumor, und beschreibt die Operation»

Ch. Chorzew. «Ueber die Wirkung von Acoin auf das Auge».
Ein Concurrent des Cocain. Besitzt keinerlei in's Gewicht fallenden Vorzüge, reizt aber stark und anaestesirt die Bindehaut schwächer, als Cocain.

G—n.

Eshenedelnik 1900.

M. Stern: «Zur Pathologie und Therapie der chronischen Rhinitis. Behandlung mit Massage». (Nr. 13).
Gestützt auf einige günstige Erfolge empfiehlt St. die Hagedorn'sche Behandlungsmethode der hypertrophischen Rhinitis mit Massage unter Anwendung eines Ohrcatheters aus hartem Kautschuk.

P. Sorotschinsky: «Zur Frage über die Behandlung des Trippers nach der Janet'schen Methode». (Nr. 13).
Auf Grund seiner Beobachtungen kommt J. zu folgenden Schlüssen:
1) Acute Urethritis ist gefährlich nach Janet zu behandeln; wenn die Behandlung aber begonnen hat, so soll sie am Anfange nicht unterbrochen werden, auch nicht auf einige Tage. 2) Einzelne Individuen vertragen nicht die Ausspülungen nach Janet. 3) In chronischen, sogar in sehr vernachlässigten Fällen giebt die Janet'sche Methode oft schnelle Erfolge in der Behandlung, doch keine besonders dauerhafte, da Recidive nicht selten sind. 4) In der Zahl der Complicationen bei der Behandlung nach Janet kann man Incontinentia urinae beobachten. 5) Die Spülungen nach Janet sollen bei liegenden Kranken ausgeführt werden.

N. Etlinger: «Zur Frage über die angeborene Bluterkrankheit (ein Fall von tödtlicher Blutung aus dem rechten Conjunctivalsack eines 3-wöchentlichen Kindes). (Nr. 15—16).
Nach ausführlicher Besprechung der diesbezüglichen Literatur beschreibt E. einen Fall, den er im St. Petersburger Findelhause zu beobachten Gelegenheit hatte.
Maria G. wurde am 26. October 1896 mit der Diagnose Immaturus-Icterus Coryza daselbst aufgenommen. Während des weiteren Aufenthaltes entwickelte sich Blennorrhoea umbilici, Catarrh. intestinal. acut. Intertrigo, dem sich Conjunctivitis blennorrhoica und Bronchitis hinzugesellten. Am 8. November entstand aus der Bindehaut des oberen Lides des rechten Auges beim Umstülpen desselben eine geringe Blutung, welche am nächsten Tage stärker wurde. Das Kind begann unruhig zu werden. Am 9. November wurde die Diagnose Haemophilie gestellt. Die Blutung aus der Augenbindehaut konnte mit keinen Mitteln gestillt werden. In den folgenden Tagen bildeten sich Petechien im Gaumen und im Rachen, und an der rechten oberen Extremität und unter den Symptomen rasch zunehmender Schwäche starb das Kind am 13. November. Die darauf ausgeführte Section ergab Haemophilie und Anaemia acuta universalis.

A. Liwschütz: «Syphilis im Minsk'schen Gouvernement». (Nr. 17 und 18).

G. Griwzow: «Zur Therapie der eitrigen virulenten Bubonen».
G. empfiehlt bei eitrigen Bubonen die Behandlung nach Somogyi einzuleiten. In 32, zur Kategorie der virulenten Bubonen gehörigen Fällen war das Resultat ein vorzügliches, indem die durchschnittliche Heilungsdauer 9, 4 Tage betrug, — die kürzeste 4. die längste 15 Tage. — Der Verbandwechsel soll nicht zu häufig vorgenommen werden. Unumgänglich nothwendig ist es allen Eiter aus der Höhle des Bubo auszudrücken, bis sich reines Blut aus derselben zeigt, und die eingespritzte Jodoformemulsion soll nur die Höhle ausfüllen, und sie nicht ausdehnen, um ihre Wunde nicht in der Ernährung zu stören und ein absterben zu bedingen. Hört die Secretion aus dem Bubo auf und seine Höhle verkleinert sich, so müssen sofort die Jodoformglycerineinspritzungen eingestellt werden.

M. Stern: «Einige Beobachtungen über die Wirkung des Heroin».
Sehr günstige Erfolge erzielte St. bei Asthma bronchiale mit Heroin. Die Zahl der Inspirationen verringerte sich, die Athmung wurde tiefer und es trat ruhiger Schlaf ein. Bei Asthma cardiale zeigte es keinen Einfluss, ebenso konnte eine temperaturherabsetzende Wirkung nicht constatirt werden, bei Magen- und Darmschmerzen blieb die Linderung aus.

L. Schapiro: «Ein Fall von Lepra im Zarizynschen Kreise».
Obgleich in diesem Kreise nie ein Fall von Lepra vorgekommen war, wurde beim Patienten Lepra nodosa constatirt. Es ist anzunehmen, dass der Kranke, der von Bettelei lebte, sich in einem der entfernter liegenden Orte inficirt hatte.

I. Maslennikow: «Zur Casuistik der Fremdkörper des Auges». (Nr. 20).
Verf. beschreibt einen sehr seltenen Fall von Verletzung des Auges, wie er in der Literatur einen ähnlichen nicht hat finden können. Eine Bäuerin verletzte sich vor $17^1/_2$ Jahren beim Spalten eines Kienspanes durch einen abspringenden Splitter das Auge. Sie wurde von einem Arzt mit Tropfen behandelt, verlor aber im Verlaufe eines Monats das Sehvermögen auf diesem Auge, ohne erhebliche Schmerzen dabei zu haben. M., dem sie sich in der Ambulanz vorstellte, konnte folgendes constatiren: Die Pupille des linken, kranken Auges, von derselben Grösse, wie die rechte. Die Beweglichkeit der Pupille nicht beeinträchtigt. Die Linse vollständig undurchsichtig, von gleichmässig grau-matter Farbe. Vis. = Lichtempfindung + richtiger Projection des Lichtes. Auf Atropin erweiterte sich die Pupille nicht gleichmässig, sondern im inneren oberen Theil derselben zeigte sich eine kleine Vorwölbung in der Pigmentschicht der hinteren Oberfläche der Iris. Die kleine Vorwölbung war keine Synechia posterior. Die Pigmentschicht der Iris war nicht mit der Linsenkapsel verwachsen. Zwischen beiden blieb ein kleiner Raum, in welchem deutlich ein Splitter zu sehen war, welcher quer und zur hinteren Kammer ein wenig schräg mit einem Ende an der Vorderfläche der Linse anhaftete und mit dem anderen die Pigmentschicht der Iris vorwölbte. Auf diese Weise war die Iris nicht mit der Linse verwachsen, sondern die Vorwölbung der Pigmentschicht wurde bedingt durch die Zusammenziehung der Iris durch Atropin. Die Conturen des Splitters waren durch die Lupe ganz deutlich zu erkennen, seine Länge betrug 1,5 mm. Der Splitter selbst war frei von irgend welchen Häutchen, nur an den beiden Enden konnte man kleine Auflagerungen bemerken. — Am rechten Auge war nur ein geringer Catarrh der Bindehaut zu bemerken. Eine sympatische Erkrankung lag auch nicht vor.

J. Seredinski: «3 Fälle von Wochenfieber, behandelt mit Antistreptococcen-Serum»,
In allen 3 Fällen war eine eclatante Besserung zu bemerken, welche schon innerhalb 12 Stunden nach der ersten Einspritzung sich zeigte. Der erste Fall endete allerdings mit dem Tode, doch ist derselbe darauf zurückzuführen, dass wegen Mangels an Serum die Einspritzungen nicht gemacht werden konnten.

I. Maslennikow: «Zur Frage der chirurgischen Behandlung des allgemeinen Oedems». (Nr. 21).
M. empfiehlt die in mehreren Fällen erprobte Methode Spasokukotzki's. Nach einem kleinen Einschnitt in die Haut, wird eine am Ende mehrfach durchlöcherte Glasröhre eingeführt, über welcher die Haut mit einigen Nähten geschlossen wird, so dass die Flüssigkeit nur durch die Röhre rinnt. Dank ihrer Dicke und den mehrfachen Oeffnungen lässt die Röhre viel Flüssigkeit durch. Der Reiz, den die Röhre als Fremdkörper bedingt, ist ein sehr geringer, nur in einem Falle entstand eine geringe Lymphangoitis, die bald verging. Wichtig ist der Umstand, dass eine Glasdrainage immer aseptisch gehalten werden kann.

S. Twerdowski: «Ein Ueberblick über die chirurgische Thätigkeit des Wyschnewolodsk'schen Semstwohospitals in 5 Jahren (1895—1899)».

P. Rosenbaum: «Ein Fall von Missgeburt mit Defect der Entwickelung des Kopfendes. — Anencephalus».

M. Ladyschenski: «Zur Frage über die verstärkte Ernährung beim Unterleibstyphus». (Nr. 23).
Angeregt durch die Arbeiten und Erfolge verschiedener Autoren entschloss sich L. bei Typhus abdominal. verstärkte Nahrungszufuhr den Kranken zu gestatten. In 5 Fällen hat er gute Resultate erzielt. Bei einem 27-jährigen Kranken begann er damit gleich in den ersten Tagen der Erkrankung. Die Diät war folgende: Morgens 2 Glas Milch mit Brod; um 11 Uhr ein Frühstück bestehend aus 2 Eiern oder Rührei, But-

ter, Schinken und Brod; Mittag (um 3 Uhr) Bouillon oder Suppe, gekochtes Huhn und eine süsse Speise; abends weiche Eier und Schinken. Ausserdem trank der Kranke 5—6 Glas Milch täglich. Mit Beginn der 4. Woche, als die Temperatur schon normal war, ass der Kranke bereits Kohlsuppe, Koteletten, überhaupt Speisen, die seine Umgebung ass. Patient stand in der 4. Woche auf, fühlte sich aber nicht besonders schwach. obgleich sein Aussehen die schwere überstandene Krankheit erkennen liess. L. kommt am Schluss seiner Arbeit zu folgenden Resultaten: 1) Die verstärkte Nahrungszufuhr hat keinen Einfluss auf die Temperatur, weder in herabsetzendem, noch im erhöhenden Sinne. 2) Sie verkürzt oder verlängert die Krankheitsperiode nicht. 3) Sie bedingt keine Complicationen, weder von Seiten des Magendarmtractus noch von Seiten anderer Organe; Decubitus wurde nicht beobachtet. 4) Sie bedingt Neigung zu Verstopfung und wirkt günstig auf den Charakter der Ausleerungen und auf den Zustand des Mundes. 5) Der Zustand der Kranken besserte sich zusehend bei verstärkter und gemischter Nahrungszufuhr; die Patienten machten nicht den Eindruck von schwer Kranken, konnten selbst im Bette sich aufsetzen und ihre Geschäfte verrichten, sich unterhalten und zeigten Interesse für ihre Umgebung. 6) Die Periode der Reconvalescenz wurde bedeutend abgekürzt und die Kranken machten nicht den schwachen, angegriffenen Eindruck, den gewöhnlich die gehungert habenden Typhösen hervorrufen.

C. Kusmin: «Zur Frage über die Unterbindung der Nabelschnur vermittelst eines Gummiringes nach dem Material des Saratow'schen Gebärhauses für das Jahr 1899».

Die Nabelschnur wird mit einem Gummiring mit Hülfe eines besonderen Instruments am häutigen Nabelring unterbunden. Das über dem Ringe abgeschnittene Stück der Nabelschnur, welches nicht länger als 1 cm. ist, wird mit Marly oder Watte umgeben; zur Mumificirung wird auf die Durchschnittsstelle des Nabelschnurrestes ein Marlystückchen mit Gyps gelegt und nach Abfall des Ringes (mit dem Nabelschnurrest) nur ein Streifen Marly und die gewöhnliche Binde. Beim Verfahren wird die strengste Asepsis beobachtet; das Neugeborene wird täglich gebadet. Die Resultate, die K. bei 433 Beobachtungen erzielte, sind folgende: 1) Die Durchschnittszeit des Abfalles der Nabelschnur — 5. Tag — ist eine kürzere, als bei den anderen Verfahren. 2) Die Beschaffenheit der Nabelschnur, vor allen Dingen die Dicke der Gefässe ist von grosser Bedeutung für den Abfall, wodurch letzterer verzögert wird; dünne Nabelschnüre mit dicken Gefässen fallen später ab als die anderen. 3) Die Anwesenheit wahrer Knoten in der Nabelschnur wirkt in derselben Weise. 4) Der Einfluss des Geschlechtes auf die Zeit des Abfalles der Nabelschnur ist fraglos: bei Mädchen — kürzere Zeit, wobei bei Zweitgeborenen, sowohl Knaben als Mädchen, die Zeit des Abfalles eine kürzere ist. 5) Von Wichtigkeit für die Frage über die Zeit des Abfalles der Nabelschnur ist neben der Art der Unterbindung und der Pflege des Nabelschnurrestes noch eine Reihe anderer Punkte, die Beschaffenheit der Nabelschnur, besonders aber die ihrer Gefässe, und der allgemeine Zustand der Neugeborenen. Fr. Mühlen.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei. Nr. 9—10.

G. Himmelfarb: «Kraurosis vulvae». (Nr. 9).

Bei einer 34-jährigen Frau boten die äusseren Geschlechtsorgane die der Kraurosis charakteristischen Veränderungen dar. Verf. excidirte ein Stückchen Haut und fand bei der mikroscopischen Betrachtung, dass das Stratum corneum stark verdickt und das Stratum Malpighi deutlich hyperplastisch war, das Corion dagegen bot die Zeichen der Atrophie und den theilweisen Verlust an elastischem Gewebe, sowie die vollkommene Einbusse an Drüsenelementen.

H. Thomson und M. Siele: «Ueber einen Fall von Uterusruptur». (Nr. 9).

VII para. Bauchumfang 117. Hydramnion, bewegliche Frucht, erste Steisslage. Nach 24-stündiger Geburtsdauer zeigte sich Blut und die Gebärende, die sich bis dahin gut gefühlt hatte, klagte über Schwächegefühl. Unterhalb des Nabels liess sich ein Tumor abtasten (Uterus), im Epigastrium war der Kopf des Kindes zu fühlen — Ruptura uteri completa spontanea. Coeliotomie. Ausgetragenes todtes Kind mitsammt der Placenta war aus der Bauchhöhle extrahirt, in der Bauchhöhle flüssiges Blut. Der Riss ist bedeutend, zackig, erstreckt sich auf den vorderen und linken Uterusabschnitt bis ins linke Parametrium. ausserdem ein strahlenförmiger Riss der Harnblase, beginnend vom Scheitel, so dass $^2/_3$ derselben in einzelne Stücke zerrissen waren. Amputatio uteri, Naht der Blase, so gut es ging. Tamponade durch den unteren Theil der Bauchwunde. Tod am 5. Tage an Peritonitis. — Die Ruptur war durch keine äusseren Gründe veranlasst, sondern spontan entstanden. Bei der mikroscopischen Untersuchung wurde festgestellt, dass vorwiegend das elastische Gewebe ein anderes Aussehen trage, die Zahl der elastischen Fasern war stark vermindert, die Structur der Muskelfibrillen war auch verändert (hyalin degenerirt).

N. Michailow: «Ueber die operative Behandlung der Urethro-vaginalfistel nach Gubarew». (Nr. 9).

Verf. beschreibt einen Fall von traumatischer Affection der Bauchdecken, des Genitaltractus und der Harnblase bei einer 39-jährigen Frau. Diese war beim Eggen gefallen und das Pferd zog über sie hinweg die Egge, wobei die äusseren Geschlechtstheile zermalmt wurden und ein Knochenbruch in der Nähe der Symphyse zu Stande kam. Nach einiger Zeit wurde ein grosses Knochenfragment entfernt, Pat. litt an Incontinentia urinae. Nach Jahresfrist kam Pat in Beobachtung Verf.'s, der das Fehlen eines Theiles des Ramus horizontalis ossis pubis, das Vorhandensein einer Hernie der Bauchwand an Ort und Stelle der früheren Verletzungen und narbige Verwachsungen der äusseren Genitalien constatiren konnte. Ausserdem hatte Pat. eine Urethro-Vaginalfistel und einen Blasenstein. Anfangs wurde der Stein nach vorhergegangener Dilatation zerstückelt und entfernt, darauf wurde die Fistel operirt. Da die Schleimhaut der Urethra prolabirte, wurde diese zum Theil excidirt und dann vernäht und ebenso die Fistelränder angefrischt und vernäht. Nach sechs Tagen bestand wieder Incontinenz, worauf Verf. nach dem Vorschlag von Snigerew nochmals operativ vorging und die Fistel zum Verheilen brachte. Späterhin wurde die Hernie mit Erfolg operirt.

S. Jampolski: «Ueber ein primitives Pessar». (Nr. 9).

Verf. entfernte mittelst Kornzange einen Körper aus der Vagina einer 55-jährigen Frau, der sich kugelig, hart und uneben anfühlte. Prt. hat sich diesen zwecks Reposition eines Prolapses von einer Bauernfrau einführen lassen. Das Pessar bestand aus bandförmig zurechtgeschnittenen Stücken Rinde junger Birken, die langen Stücke waren knäuelförmig zusammengeflochten. Der Fremdkörper hatte 10 Jahre gelegen.

D. v. Ott: «Ueber die chirurgische Behandlung des Uteruskrebses». (Nr. 10).

Ott verfügt über eine Statistik von 1000 Fällen, die laut Sammelforschung in Russland operirt worden sind, er selbst hat nahezu 200 Fälle operirt. Die Mortalität gleich nach der Operation, d. h. im Zusammenhang mit dieser beträgt in Russland 10,3 pCt., in Ott's Klinik 1,7 pCt.: Länger als 5 Jahre blieben recidivfrei 13 Fälle, länger als 10 Jahre 4, im Ganzen unter 1000 Fällen 30. Ott's eigenes Material (181 Fälle) gruppirt sich folgendermassen: radicale Heilung ist bei 29 pCt. vorhanden; die Heilung ist erst dann als radical zu bezeichnen, wenn 6 Jahre nach der Operation verstrichen. Von 181 Fällen kommen nur 62 in Rechnung, weil bei diesen der geforderte Zeitraum verstrichen ist und von diesen 62 sind 18 recidivfrei. Unter den Operirten befanden sich auch einige mit Myomen complicirte Fälle.

D. Parischew: «Intrauterine Injectionen bei Moorbädern». (Nr. 10).

P. wendet gleichzeitig mit Badecuren intrauterine Injectionen mit Jod + Alumnol nach dem Vorschlag von Grammatikati methodisch ausgeführt an bei chron. Endometritis vergesellschaftet mit Affectionen der Adnexa und der Umgebung. Die Injectionen wirken auf die Schleimhaut selbst ein, zweitens wirken sie resorbirend auf die Infiltration in der Umgebung, drittens sind die Injectionen überhaupt von Wirkung auf die Genitalfunctionen, sie führen sie häufig zur zeitweisen Unterbrechung der Menses und Ovulation.

Die Injectionen – Tinc. Jodi et Spir. vin. rectif. āā — werden ambulatorisch vorgenommen, am besten nach Moorbad nach vorhergegangener Desinfection der Vagina im Nothfall nach vorhergegangener Dilatation. Verf. nimmt die Infectionen, im Gegensatz zu Grammatikati, nicht täglich, 2—3 Tage vor. Nach der Injection 1—1½ Stunden Ruhe. Zum Injiciren wird eine Braunsche Spritze mit centraler Oeffnung genommen. Verf. verordnet meist Halbwannen oder Moorcompressen. Der Effect ist ein guter: in 10 Fällen constatirte Verf. vollkommen Resorption der Adnexatumoren, in 9 Fällen Verringerung derselben.

G. Dawidow: «Die postpuerperalen Geschwüre der Scheide und der Port. vagin.». (Nr. 10).

Verf. führt vier Fälle von puerperaler Erkrankung an, bei denen Verf. geschwürige Processe auf der Port. vag. und der Scheidenschleimhaut fand. D. glaubt, dass diese Erscheinungen häufig übersehen werden, weil man sich scheut per speculum zu untersuchen. D. ätzt die Geschwüre mit liq. ferri. sesquichl und ordinirt Sublimatausspülungen.

N. Akazatow: «Eine Drillingsgeburt». (Nr. 10).

Drillingsgeburt mit Eclampsie combinirt.

A. Jachontow: «Ueber die Verpflanzung der Ureteren ins Rectum». (Nr. 10).

J. machte Experimente an Hunden in der Art, dass ein frei präparirter Lappen der Harnblase mit den Ureteren mit einer im Dickdarm angelegten Oeffnung, vernäht wurde. Die Versuche sind nicht abgeschlossen und sollen zur Beantwortung der Frage dienen, ob man auf diese Weise die Ectopia vesicae operativ in Angriff nehmen kann.

N. Shuk: «Der Nervenapparat der Gebärmutter». (Nr. 10). Demonstration eines Präparates.

S. Cholmogorow: «Der habituelle Abort und die habituelle Frühgeburt». (Nr. 10 u. 11).

Verf. hat 49 Fälle beobachtet. Da Syphilis häufig der Grund für habituellen Abort oder Frühgeburt ist, leitet Ch. häufig eine antisyphilitische Cur ein entweder in Form von Einreibungen von ung. cin. od. Injection von 1 pCt. wässriger Sublimatlösung. Die alleinige Verabfolgung von Jodkali hält Verf. für nicht genügend. Oft genügt eine einmalig durchgeführte Cur nicht oder schlägt nur auf die Dauer einer Schwangerschaft vor, während später wieder macerirte frühreif geborene Kinder zur Welt kommen. Daher kommt es vor, dass man eine antisyphilitische Cur drei Mal anwenden muss. Verf. führt seine 49 Beobachtungen in Kürze an.

N. Michailow: «Ueber einige technische Vereinfachungen bei der operativen Behandlung des Uterusprolapses». (Nr. 10).

Verf. legt, sich auf die Idee von Stolz's stützend, einen Längsschnitt auf der vorderen Scheidenwand an, die oberen $^{2}/_{3}$ einnehmend, die Ränder werden angezogen und mit dem Finger die Schleimhaut ringsum 2—$2^{1}/_{2}$ Ctm. abpräparirt. Die Basis der Ränder wird fortlaufend vernäht, es entsteht ein in die Scheide gerichteter Kamm aus den an einander gelegten Schleimhautlappen, die freien Ränder des «Kammes» werden auch vernäht. Verf. hat diese Operationsmethode nur ein Mal angewandt.

Lingen.

Russkij Archiw Patologii, klinitscheskoi Mediciny i Bacteriologii. October, November.

E. Bronssilowski und L. Buchstab: «Die Bedeutung der Roentgenophotographie für die differentielle Diagnose einiger Gelenkerkrankungen».

Auf Grund eingehender Studien der bei verschiedenen Gelenkaffectionen aufgenommenen Radiogramme gelangen die Autoren zur Ueberzeugung, dass man dieselben zur differentiellen Diagnose sehr gut verwerthen könne. Bei der Gicht findet man auf radiographischen Aufnahmen der Hände, einen breiten und hellen intraarticulären Raum, daneben typische helle Flecke an den Gelenkenden der Knochen. Diese Aufhellungen (Osteoporose) stellen sich entweder in Form streng begrenzter heller Flecke dar, oder in Form von mit der Basis zum Gelenkraum gerichteten Kegeln. Ganz andere Bilder erhält man beim chronischen Gelenkrheumatismus: die intraarticulären Räume fehlen gänzlich oder stellen sich als kleine dunkle Schatten dar, die Gelenkenden sind undeutlich conturirt und dunkler, als gewöhnlich; bei Arthritis deformans endlich erhält man ganz markante Abweichungen vom normalen anatomischen Bau des Skelettes, Formveränderungen der Gelenkköpfe, Luxationen und Subluxationen einzelner Phalangen etc.

G. Borodulin. «Ueber den Einfluss der Faeces auf das Blut».

Die Experimente wurden an Hunden und Kaninchen angestellt; denselben wurden täglich subcutan Faecesextracte einverleibt, und zwar von verschiedener Zubereitung; es wurden verwandt wässrige Auszüge, Spiritus — und Aetherextracte und endlich gemischte Auszüge (also Wasser — Alkohol und Aetherextract). Der wässrige Auszug wird auf folgende weise bereitet: 1 Gramm frischer Faeces wird mit 10 Cm. destillirten Wassers verrieben, 1—$1^{1}/_{2}$ Stunden stehen gelassen und durch einen doppelten Filter filtrirt, alsdann das Filtrat gekocht. Der Alkoholauszug wird auf die Weise erhalten, dass 4 Gramm frischer Faeces mit 10 Cm 92° grädigen Alkohols vermischt und nach einer Stunde durch einen doppelten Filter gelassen werden: das Filtrat wird auf dem Wasserbade verdampft, der Rückstand mit 5 Ccm. Wasser gelöst, gekocht und alsdann zur Injection verbraucht. Zur Darstellung des aetherischen Auszuges werden 2 Gramm Faeces mit 8 ccm. Aether 5 Minuten lang verrührt, alsdann filtrirt; nach Verdampfung des Aethers wird der Rückstand mit 5 ccm. Wasser aufgelöst, gekocht und zur Injection verwendet. Der gemischte Auszug wurde auf folgende Weise gewonnen: 200,0 Faeces wurden innerhalb einer Stunde bei 100° getrocknet, alsdann mit 600 ccm. Aether versetzt und 24 Stunden lang im verschlossenen Gefässe stehen gelassen dann filtrirt, nach Verflüchtigung des Aethers werden dem Filter rückstand 500 ccm. Alkohol (92°) zugefügt und wieder 24 Stunden lang stehen gelassen. Das Filtrat wurde dann auf dem Wasserbade zum Trocknen verdampft, der Filterrückstand mit 200 ccm. Wasser versetzt und nach 24 Stunden durch einen doppelten Filter gelassen; zu diesen wässrigem Filtrate wurden dann der aetherische und alkoholische Auszug zugefügt. Was nun die Alteration des Blutes unter dem Einflusse der Faecesinjectionen anlangt, so waren dieselben verschieden je nachdem, welche Art des Auszuges angewandt worden war. Nach Injectionen von wässrigen Extracten (2—3 Pravaz'sche Spritzen) constatirte Autor eine starke Verminderung der rothen Blutkörperchen (bis zu 2 Millionen) und des Haemoglobins; schon äusserlich erkennt man am Blute eine Veränderung, es wird durchsichtiger, dunkler und bekommt einen bläulichen Schimmer. Auf gefärbten Trockenpräparaten wird die sog. anaemische Degeneration markant, es treten Makrocyten, später auch Mikrocyten auf, und endlich vor dem Tode der Thiere die bekannten Schattengebilde. Auch die mikroskopischen Veränderungen an den Organen, wie Leber, Knochenmark und Lymphdrüsen weisen darauf hin, dass unter dem Einfluss des wässrigen Faecesextractes schwere Anaemieen auftreten. Ganz anders verhält sich das Blut bei Injection des spirituösen Extractes; zwar kann man auch hier eine Verminderung der rothen Blutkörperchen und der Haemoglobinmenge nachweisen, aber das lange nicht in dem Grade, wie beim wässrigen Auszuge, hier ist die Anaemie nur angedeutet; an den Organen fand Autor gar keine oder nur Geringfügige Veränderungen. Der aetherische Extract bewirkt schon eine stärkere Anaemie, aber doch im Vergleich zum wässrigen Extract schwächere; hier kommt jedoch noch hinzu das Auftreten von Blutungen in einigen Organen (Leber, Nieren). Der gemischte Auszug bewirkt eine perniciöse Anaemie, ebenso wie der wässrige, daneben Blutungen in den Organen. Was nun die Frage betrifft, welche Stoffe diese Veränderungen des Blutes bedingen, so müsse man hauptsächlich an solche denken, die im Wasser löslich sind; Autor neigt zur Annahme, dass hier die Gruppe der Phenole und der Amine in Betracht gezogen werden müsse. Die auf Grund dieser Experimente festgestellte giftige Wirkung der Faeces auf das Blut kann in vielen Fällen zur Klärung der Frage nach der Aetiologie der idiopathischen perniciösen Anaemie verwendet werden. Im normalen Zustande werden die giftigen Stoffe, die im Darmcanale immer vorhanden sind, nach der Resorption, in der Leber unschädlich gemacht und verlassen den Körper mit dem Urin in Form von ungiftigen Verbindungen (Phenolschwefelsäure, Kresolschwefelsäure etc). Sind aber diese giftigen Stoffe in grosser Menge und während längerer Zeit im Darmcanale vorhanden und also auch in vermehrter Menge im Blute, so erweist sich die Leber als unzureichend für die Entgiftung, ein Theil verlässt die Leber noch im giftigen Zustande und kann dann auf das Blut deletär einwirken.

W. Muratow. «Zur Diagnostik und Pathologie der acuten Myelitis spinalis».

Autor beschreibt 2 Fälle von acuter Entzündung des Rückenmarkes und bespricht eingehend den patholog.-anatomischen Befund. Auf Grund seiner Erfahrung und genauer Studien schlägt Muratow folgende Eintheilung der Myelitiden vor:

1. Myelitis haemorrhagica acuta focalis: anatomisch charakterisirt durch tiefgehende Laesion der Gefässe, Blutungen und mechanischer Gewebszerfall, wobei auch primäre parenchymatöse Processe an den Nervenelementen und der Neuroglia auftreten können; klinisch charakterisirt sich diese Form durch den acuten Verlauf und durch die Irreparabilität der von der Localisation abhängenden Symptome; es kommen ein und mehrere Heerde vor, im letzteren Fall entwickelt sich die Krankheit sprungweise (Myelitis disseminata).

2. Myelitis interstitialis acuta focalis. Anatomisch charakterisirt durch bedeutende Gefässexsudate und starke Veränderung der Neuroglia. Je nach dem Grade der Krankheit, kann auch Heilung eintreten, um so mehr, da Gewebszerstörungen nicht vorliegen. Klinisch zeichnet sich diese Form durch den milderen Verlauf aus.

3. Myelitis parenchymatosa diffusa ascendens et descendens. Anatomisch charakterisirt dadurch, dass parenchymatöse Processe prävaliren. Von der multiplen focalen Myelitis unterscheidet sie sich durch den allmählichen progressiven Verlauf der Krankheit, von der multiplen Neuritis durch die segmentäre Anordnung der Symptome. In leichten Fällen können die Symptome wieder verschwinden (z. B. verschiedene Formen von toxischen Zellenveränderung, heilbare Paraplegien, die die Infectionskrankheiten compliciren, heilbare Formen der Landry'schen Lähmung etc.); in schwereren Fällen, wo es

zur Zerstörung der Axencylinder und der Zellen gekommen ist, bleiben die Defecte natürlich constant.

W. Taranuchin: «Zur Frage von der Fragmentation und der braunen Atrophie des Herzmuskels».

W. Kedrowski: «Ueber künstliche Culturen der Lepraerreger».

Auf Grund seiner Studien schliesst Autor, dass die Leprabacterien ausserhalb des menschlichen Organismus bedeutende Veränderungen erleiden. Babes gruppirte diese Bacterien zur Classe der sog. Diphterideen; Autor meint jedoch, dass es viel richtiger wäre, sie zur Gruppe der «Streptothrix» zu zählen. Auf künstlichem Nährboden behalten die Bacterien ihren sog. Säurewiderstand nur in vereinzelten Fällen.

Abelmann.

Chirurgia. Bd. VIII. Nr. 44—47. 1900.

A. Deschin: «Ueber Muskelplastik».

Auf Grund seiner Thierversuche kommt Verf. zum Schluss, dass die Muskelplastik als durchaus berechtigtes therapeutisches Verfahren in einschlägigen Fällen anzusehen sei. Besonders die Plastik mit gestielten Muskellappen ist leistungsfähig. Was die Transplantation ungestielter Muskellappen anbetrifft, so sind über das weitere Schicksal der transplantirten Lappen die Akten noch nicht geschlossen. Doch sind die Resultate in so fern ermuthigend, als in einzelnen Fällen eine Einheilung und Function der Lappen zweifellos beobachtet ist.

G. Woskressensky: «Ueber die proliferirenden Zahncysten».

Im Anschluss an drei eigene Beobachtungen bespricht Verf. ausführlich die Pathogenese dieser interessanten Geschwülste, die er für Adenoma zu halten geneigt ist, die indessen als Charakteristicum die Eigenthümlichkeit besitzen, dass die Epithelien gelegentlich Emailsubstanz bilden können.

A. Abrashanow: «Plastisches Verfahren bei Verschluss einer Lungen-Pleurafistel».

Verschluss einer mit einem Branchus communicirenden Pleurafistel durch einen aus dem latissimus dorsi gebildeten Lappen, der auf dem Grunde der erweiterten Fistel durch Nähte fixirt wurde. Glatte Heilung.

W. Serenin: «Ueber ein einfaches und bequemes Verfahren der Resection des carpus bei ausgedehnter Erkrankung der Weichtheile dieser Gegend».

Verf. empfiehlt ausser zwei Längsschnitten einen Querschnitt über das Handgelenk. Von diesem H-förmigen Schnitt lässt sich alles Erkrankte gut entfernen. Es empfiehlt sich ein zweizeitiges Verfahren, wobei bei der zweiten Operation (am 3. bis 4. Tage nach der ersten) eine nochmalige Revision der Wunde und eventuelle Naht der Sehnen vorzunehmen ist, worauf die Wunde durch Nähte geschlossen wird. In 3 Fällen, die so behandelt wurden erzielte Verf. ein gutes Resultat, trotz ausgedehnter Resection am carpus.

W. Krutowsky: «101 Kataractoperationen».

Aus dem reichen Material werden einzelne-Fälle von besonderem Interesse hervorgehoben.

N. Michailow: «Zur Chirurgie des vorderen Mediastinums».

Zwei Fälle von Abscess im vorderen Mediastinum mit Fistelbildung. Ursache im ersten Falle dunkel, im zweiten — Osteomyelitis einer Rippe. Nach breiter Eröffnung glatte Heilung.

W. Sawin: «Zur Chirurgie der Narbenstenosen des Oesophagus».

Zwei Fälle von luetischer Strictur der Speiseröhre in der Höhe des Kehlkopfs. Beide Fälle verliefen sehr ähnlich, beide kamen wegen Kehlkopfstenose zunächst zur Tracheotomie. Im ersten Falle gelang die Sondirung von oben, im zweiten wurde nach vergeblicher Oesophagotomie die Gastrostomie gemacht und von der Magenwunde die Sondirung vorgenommen. Bezüglich der interessanten Details sei auf das Original verwiesen.

J. Halpern: «Ueber die Bedeutung der Jacksch'schen Reaction für die Diagnose des Melanosarcoms der Leber».

Ein Fall von Cystosarcoma melanoides hepatis, dessen Diagnose durch den positiven Ausfall des Jacksch'schen Reaction auf Melanin gestellt werden konnte und bei der Probelaparotomie bestätigt wurde.

A. Starkow: «Zur Frage der tabetischen Erkrankungen des Kniegelenks».

Bei einer 50-jährigen Frau, die ausgesprochene tabetische Symptome hatte, fand sich eine schwere Veränderung des rechten Kniegelenks, bestehend in hochgradiger Kapselschwellung und Hydrops, wodurch eine beträchtliche Stellungsanomalie bedingt war. In Ruhelage stand der Unterschenkel in ausgesprochener Valgusstellung. Versuchte die Patientin sich aber auf das kranke Bein zu stützen, so sank der Unterschenkel stark nach hinten ab, so dass eine bedeutende Subluxation zu Stande kam, wobei Patientin heftige Schmerzen empfand. Bei Bettruhe und Massage trat eine geringe Besserung ein, insofern der Hydrops sich verminderte und die Oedeme am Unterschenkel geringer wurden.

M. Lachtin: «Historische Skizze über die Entwicklung des chirurgischen Standes».

N. Michailow: «Traumatische Pancreascyste».

Ein 22 jähriger kräftiger Arbeiter erlitt einen schweren Schlag gegen das Abdomen und bemerkte bald eine rasch wachsende Geschwulst in der Nabelgegend. Der ovale Tumor sass, quergestellt, in der Mitte des Abdomens mit seinem grössten Theil oberhalb des Nabels. Gedämpfter Percussionsschall, keine Druckempfindlichkeit. Laparotomie, Eröffnung der Cyste, die vom Pancreas ausging, Einnähung der Cystenwand in die Bauchwunde. Heilung per granulationem. Der Inhalt der Cyste, eine dunkelbraune eiweisshaltige Flüssigkeit, bestand aus, durch Pancreassaft verändertem Blut.

W. Lissjansky: «Zwei Fälle von Nephrotomie. Einige Bemerkungen über Nierenoperationen».

1) 32-jährige Frau leidet seit 2 Monaten an Schmerzen in der linken Seite, Fieber und Schweissen. Im Urin Eiter. Niedrige Morgen-, hohe Abendtemperaturen. Eröffnung eines perinealen Abscesses, darauf normale Temperatur, doch blieb der Urin eiterhaltig. Bald stellten sich wieder Schmerzen ein und der Eiter schwand aus dem Urin. Darauf Nephrotomie. Die Niere fand sich in festes Narbengewebe eingebettet. Schnitt durch die Convexität, Entleerung einer grossen Menge Eiters, Drainage, partielle Naht. Heilung ohne Fistel.

2) 21-jähriger Mann leidet an einer reichlich Eiter secernirenden Fistel in der linken Seite unter der 12. Rippe. Urin nicht eiterhaltig. In der Gegend der linken Niere ein druckempfindlicher Tumor. Gelegentliche Temperatursteigerungen. Nephrotomie mittelst Sectionsschnitt fördert Eiter und zwei Phosphatsteine zu Tage. Tamponade, Heilung mit Fistel.

N. Altuchow: «Ein Fall von Defect der rechten Brustmuskeln (Musc. pectoralis major et minor)».

Genaue Beschreibung eines Falles dieser seltenen Muskelanomalie bei einem 22-jährigen kräftigen Manne. Klinisch war eine bedeutende Schwäche des rechten Armes nachweisbar.

I. Iljin: «Bullöse oder hämorrhagische Entzündung des äussern Gehörganges».

Casuistische Mittheilung dreier Fälle dieses meist im Anschluss an acute Infectionskrankheiten oder an Otitis media acuta auftretenden Leidens.

W. Swenzizki: «Ueber chronische Perichondritis der Ohrmuschel».

Ein 29 jähriger Kosack stürzte vom Pferde und beschädigte sich das linke Ohr. Danach trat starke Schwellung der Ohrmuschel ein, so dass der Gehörgang nahezu verlegt wurde. Nach zwei Wochen wurde ein Abscess gespalten, ohne dass Erleichterung eintrat. Kurze Zeit darauf nochmalige Operation, die den Ohrknorpel freilegt. Darauf schwanden die Schmerzen, doch blieb die Druckempfindlichkeit des Knorpels und Vergrösserung der Ohrmuschel bestehen.

B. Koslowsky: «15 Magenoperationen».

Es handelt sich um 5 Gastrotomien, 6 Gastroenterostomien und 4 Resectionen des Pylorus. Die Gastroenterostomien und Resectionen wurden nach dem Verfahren von Kocher ausgeführt, das den Verf. vollkommen befriedigt hatte. Eine Resection des Pylorus bei einer 70-jährigen Patientin wurde mit einer Resection eines 18 cm. langen Stückes aus dem Colon transversum combinirt, da das Carcinom das Colon ergriffen hatte. Heilung. Von den 6 Gastroenerostomien hat Verf. eine von den 4 Resectionen ebenfalls eine im Anschluss an die Operation verloren, ein Resultat, das um so bemerkenswerther ist, als die Operationen in einem Hospital auf dem Lande ausgeführt wurden.

P. Solowow und S. Nalbandow: «Zur Symptomatologie der Gelenkerkrankungen bei Syringomyelie».

Der von den Verf. betrachtete Fall betraf das rechte Ellenbogengelenk eines 23-jährigen Patienten, welches einige Zeit nach einem Trauma stark anschwoll. Es bestanden schon früher Symptome, die auf Störungen im Bereiche des Nervensystems hinwiesen. Die sehr detaillirte Beschreibung des Krankheitsbildes eignet sich nicht für ein Referat. Durch gut reproducirte Röntgenbilder sind die Gelenkveränderungen veranschaulicht.

Wold. Fick.

Довв ценз. Спб., 27 Января 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15.

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 2. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1901.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Archiw psichiatrii, neirologii i ssudebnoj psichopatologii (Archiv für Psychiatrie, Neurologie u. gerichtl. Psychopathologie).
Bolnitschnaja gaseta Botkina (Botkin's Hospitalzeitung).
Chirurgia (Chirurgie).
Djetskaja Medizina (Pädiatrische Medicin).
Jeshenedjelnik (Wochenblatt).
Ljetopijss russkoi chirurgii (Annalen der russisch. Chirurgie).
Medizina (Medicin).
Medizinskoje obosrenje (Medicinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Russkij Archiw Patologii, klinitscheskoi Mediziny i Bacteriologii (Russ. Archiv für Pathologie, klin. Medicin u. Bacteriologie).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Westnik klinitscheskoj i ssudebnoj psichiatrii i neiropatologii (Zeitschrift für klinische und gerichtliche Psychiatrie und Neuropathologie).
Westnik obschtschestwennoj gigieny, ssudebnoj i praktitscheskoj mediziny (Zeitschrift für öffentliche Hygiene, gerichtliche und praktische Medicin).
Wojenno-medizinskij shurnal (Militär-medicinisches Journal).
Wratsch (Der Arzt).

Wratsch Nr. 1—10. 1900.

Prof. A. Tauber: «Vir effeminatus». (Nr. 1).

Verf. beobachtete eine Person von 22 Jahren, die einerseits vollständig entwickelte Brustdrüsen, unregelmässige Menstrua oder periodisch wiederkehrende Molimina menstrualia, einen durch die Bauchdecken palpablen Eierstock rechterseits, sodann eine rudimentäre Vagina, eine weibliche Urethra und weiblichen Habitus aufwies, andererseits aber auch dem männlichen Geschlecht anzugehören schien, die Person hatte durchaus eine männliche Stimme, eine überaus entwickelte Clitoris, die dem männlichen Glied recht ähnlich sah, und endlich in den beiden grossen Schamlippen vollständig entwickelte Hoden. Da die Person zu einem Geschlecht und nämlich zum weiblichen gehören wollte, so wurde ihr die Clitoris amputirt und die beiden Hoden exstirpirt. Bei der nachfolgenden mikroscopischen Untersuchung der gewonnenen Präparate erwies sich, dass die Clitoris den Bau eines männlichen Penis hatte und dass in den Hoden lebensfähige Spermatozoen vorhanden waren.

A. Manswetow: «Ueber die Behandlung der entzündlichen Erkrankungen der Gebärmutter und der Adnexa mittelst trockener heisser Luft». (Nr. 1).

Verf. hat in der Klinik von Prof. Lebedew einen Apparat construirt, der aus zwei Theilen besteht: den einen Theil bildet eine dehnbare hohle Gummikugel, die in die Vagina eingeführt und durch das aus dem andern Theil des Apparates sich ergiessende heisse Wasser gedehnt und erwärmt wird. Der andere Theil des Apparates, der im Allgemeinen einen Wasserkessel darstellt, dient dazu, um heisses Wasser von gleicher Temperatur gleichmässig durch die Hohlkugel ergiessen zu lassen. Die therapeutische Wirkung des Apparates beruht der Meinung des Verf. nach, darin, dass einerseits gleichmässige Wärme auf die Geschlechtstheile wirkt, andererseits aber auch der Druck durch die Ausdehnung der Kugel auf die entzündeten Theile einen wohlthätigen Einfluss ausübt. — Verf. beginnt mit einer Temperatur von 50° C. und steigert dieselbe allmählig bis 55—60°. Eine Sitzung, die täglich oder über einen Tag wiederholt wird, dauert eine bis zwei Stunden. Die erzielten Resultate lassen sich in folgenden Sätzen formuliren: Die trockene heisse Luft vermindert für längere Zeit allerlei Schmerzen in den Organen des kleinen Beckens, sodann beruhigt sie das Nervensystem, wirkt auf den Schlaf und Appetit, weiterhin befördert sie eine schmerzlose Resorption der Exsudate und beeinflusst quantitativ und qualitativ die Menses.

W. Beckmann: «Die postpuerperale Necrose der Gebärmutter». (Nr. 1, 2 und 3).

Verf. giebt ein ausführliches klinisches und pathologisch-anatomisches Bild der sog. Metritis dissecans puerperalis, die in der Literatur im ganzen 28 mal beschrieben worden ist. Auf Grund eigener Beobachtungen (15 Fälle) kommt Verf. zum Schluss, dass die Krankheit durchaus nicht so selten vorkommt, wie es angenommen wird, sondern einfach übersehen wird, obwohl es auch andere pathognomonische Symptome giebt, abgesehen von der sich ablösenden Membran nämlich der charakteristische Geruch und Aussehen der Lochien: einige Tage nach der Geburt werden die Letzteren dunkelbraun und ähnen dem schwarzen Kaffeesatz; nur nach dem Ausstossen des necrotischen Stückes und Sinken der Temperatur verlieren sie ihre charakteristische Farbe und Geruch. Von andern Krankheitssymptomen erwähnt Verf. eine Schwellung der Gebärmutterwände, Oedem des Perineums und retardirte Rückbildung der Gebärmutter. Die Metritis dissecans puerperalis entwickelt sich nach Infection mit Kettencoccen, hauptsächlich nach operativen Eingriffen bei der Geburt, wobei die Infectionserreger sich in die Tiefe längst den Blut- und Lymphgefässen verbreiten und eine Thrombose der letzteren hervorrufen, als Folge derselben entwickelt sich eine Necrose oder, nach der Terminologie des Verf., — Gangräna uteri puerperalis. Was die Therapie der Krankheit betrifft, so räth Verf. ab, agressiv zu verfahren: intrauterine Ausspülungen, künstliche Lösungen der necrotischen Gewebe sind nicht anzurathen. Die Prognose der Krankheit ist wenig günstig: von den bekannten 40 Fällen haben 11 tödtlich geendet.

D. Shbankow: «Körperliche Strafen in Russland im Beginn des XX Jahrhunderts». (Nr. 2 und 3).

I. Seldowitsch: «Zur Frage über Injection von anästhesirenden Flüssigkeiten in den Wirbelkanal». (Nr. 2).

Verf. hat in 4 Fällen schmerzlose Operation an den unteren Extremitäten ohne allgemeine Narcose nur mit Zuhilfenahme der Bier'schen Injectionsmethode vollführen können; nachdem 0,006 bis 0,01 Cocain in den Wirbelkanal eingespritzt wurden, konnte die Operation selbst auf 40 Minuten ausgedehnt werden, ohne dass die Patienten auch den leisesten Schmerz gefühlt hätten. Nur auf einen bedeutenden Uebelstand weist Verf. hin, nämlich auf die Temperaturerhöhung, selbst bis 39,6° C., die nach der Operation stets beobachtet wird und 1—2 Tage anhält. Dass diese Temperaturerhöhung gerade durch die Cocaineinspritzung verursacht wird, wird durch folgende Thierversuche des Verf. erläutert: einigen Hunden wurde in den Wirbelkanal Cocainlösung und den anderen — physiologische Kochsalzlösung eingespritzt; die ersteren bezeugten sofort eine Störung der motorischen Kraft und der Sensibilität, als auch eine Erhöhung der Körpertemperatur, die Controlhunde aber, die eine Kochsalzlösung in den Wirbelkanal erhalten hatten, zeigten keinerlei abnorme Erscheinungen.

M. Arustamow: «Die Pestepidemie in Kolobowka von Astrachan». (Nr. 3).

W. Tschernow: «Die Behandlung der Chorea minor durch grosse Dosen der arsenigen Säure». (Nr. 4).

Verf. verordnet nach Comby und Filatow steigende Dosen der arsenigen Säure: am ersten Tage werden 10,0 einer 1‰ Lösung gereicht, am 2. 15,0, am 3. 20 u. s. f. gesteigert bis zum 7. Tage, sodann in der zweiten Woche werden die Dosen allmählig reducirt auf 10,0, so dass die ganze Cur 14 Tage dauert.

Die Behandlung giebt zwar einen guten Erfolg, wird aber stets von Magendarmreizung begleitet; in einigen Fällen giebt sie selbst Anlass zu gefährlichen Vergiftungen, so dass Verf. die genannte Behandlung durch Levicogebrauch in steigernden Dosen (1—16 Dessertlöffel) ersetzen möchte. Auch Levico giebt einen guten Erfolg, wenn auch nicht so prägnant, wie die arsenige Säure.

L. Krewer: «Ueber die vorübergehende Rückenmarksparalysen». (Nr. 4 und 5).

Verf. führt zwei Fälle von unzweifelhafter Myelitis vor, die nach ungefähr 2 monatlicher Krankheitsdauer vollständig genesen sind. Er sucht die Erklärung dafür darin zu finden, dass auch bei Myelitis die Prognose nicht stets ungünstig gestellt werden darf, denn es ist wohl möglich, dass die Symptome einer Myelitis auch durch Hydrops oder Blutungen in das Rückenmark erzeugt werden, also auch schwinden können.

W. Popow: «Die Batalpaschinseen». (Nr. 4).

Die Batalpaschinseen, gelegen im Kubanschen Gebiet, sind sool- und kochsalzhaltig; ihren Bestandtheilen nach gleichen sie etwa den Limanen von Odessa. Ihre Einrichtung ist vorläufig sehr primitiv, ein Curort existirt kaum.

H. Kowarski: «Ueber das Baden der Neugeborenen». (Nr. 4).

Auf Grund von zahlreichen Erfahrungen, vertritt Verf. die Meinung, dass die Neugeborenen auch vor Abfall der Nabelschnur gebadet werden können, denn dadurch wird der Abfall nicht verzögert, sondern eher sogar beschleunigt.

Th. Dombrowski: «Zur Frage über die Bedeutung der Widal'schen Reaction für die Diagnose des Typhus abdominalis». (Nr. 4 und 5).

Verf. stellte die Widal'sche Probe bei 96 Kranken an, bei denen Typhus vorausgesetzt wurde, wobei aber nur in 83 Fällen positive Reaction beobachtet wurde; in den übrigen 13 Fällen gelang die Probe nicht und es erwies sich in der Folge, dass es sich in diesen Fällen nicht um Typhus gehandelt hatte; umgekehrt hatte Verf. eine positive Probe in einem Fall von ulceröser Endocarditis ohne Typhus und ein negatives Resultat in einem Falle von Typhus, combinirt mit Lungentuberculose. Was den Zeitraum anbetrifft, innerhalb dessen Widal'sche Reaction beobachtet wird, so hat Verf. in 4 Fällen von Typhus die Reaction monatelang wiederholt; in zwei Fällen blieb die Reaction ungefähr nach zwei Monaten aus, in den anderen zwei Fällen, die mit Recidiv verliefen, blieb die Reaction recht lange erhalten.

Verf. hat auch die Widal'sche Reaction in 18 Fällen von Lungentuberculose und bei 20 gesunden Personen angestellt: bei gesunden Personen blieb das Resultat stets negativ, bei Lungentuberculose aber liess sich in 6 Fällen ein positives Resultat erhalten, aber nur bei einem Verhältniss des Blutserum zur Bouilloncultur von 1:10; bei dem Verhältniss von 1:50 blieb die Reaction aus.

I. Selenkowski: «Zur Lehre über den Bau und Ursprung des Retinaglioms». (Nr. 5).

Verf. bespricht hauptsächlich die Frage über den cylindrischen Bau der intraoculären Gliome und über die Aetiologie derselben. Der Meinung des Verf. nach, hängt der Röhrenbau des Retinalglioms von der Kugelform der Retina und vom Druck, den die Geschwulst von den normalen Theilen der Retina erleidet, ab. Das Netzhautgliom kann sich gleichzeitig aus 4 Schichten entwickeln: a) aus der Schicht der Nervenfasern, b) aus der Zellenschicht, c) aus der inneren und äusseren Kernschicht. Was den Bau des Netzhautglioms anbetrifft, so besteht es, nach der Bearbeitung der Präparate nach Golgi-Cajal, hauptsächlich aus den spinnenförmigen Neurogliazellen, aus den spinnenförmigen Netzhautzellen und aus dem Sehnerv, sodann aus Knotenzellen verschiedener Grösse, unter denen Embryonalzellen der Netzhaut unterschieden werden. Verf. vertritt die Meinung Greeff's, dass das Netzhautgliom sich aus den Anlagen der Neuroglia — und Knotenzellen, die lange Zeit in den Netzhautschichten latent bleiben und doch bei günstigen Bedingungen zur Entwickelung einer Geschwulst Anlass geben können, entwickelt.

I. Maslennikow: «Zur Frage über die Entstehung der sog. plötzlichen Cataracte. Ein Fall von plötzlicher Trübung der Linse in einem hysterischen Anfall». (5 und 6).

Verf. beobachtete eine Hysterica, bei der hysterische Anfälle stets von Schmerzen im linken Trigeminusgebiet (im Ramus supraorbitalis) und von Lidkrämpfen, Thränen und Lichtscheu am linken Auge, ohne objectiven Befund, begleitet wurden. Da die Trübung der Linse sofort nach einem Anfall constatirt wurde, so glaubt Verf., dass die andauernden Krämpfe der intraoculären Muskeln eine Ernährungsstörung in der Linse und in der Umgebung verursachten und so zur Entstehung der Trübung Veranlassung gegeben haben.

W. Lisjanski: «Zur Frage von dem hohen Steinschnitt». (Nr. 6 und 7).

Verf. verfügt über 50 Fälle, von denen in 18 Fällen offene Wundbehandlung, nach Assenfeldt, durchgeführt wurde, in den übrigen 32 Fällen aber die Blasenwunde fest vernäht wurde. Verf. ist dabei zur Ueberzeugung gekommen, dass feste Vernähung der Blase nur in den Fällen statthaft ist, in denen der Urin verändert ist und in denen es sich um kleine Blasensteine handelt; dabei muss auch die allgemeine Ernährung des Kranken und die technischen Schwierigkeiten in Betracht gezogen werden. Was aber die Operation bei schlecht genährten Patienten betrifft, besonders wenn es sich um grosse Steine handelt, so muss eine offene Wundbehandlung durchgeführt werden.

S. Spassokukotzki: «Ueber Knochenplastik bei Amputationen». (Nr. 6).

L. Ssobolew: «Ein Fall von Endothelioma interfasciculare medullare multiplex tractus gastrointestinalis». (Nr. 6, 7 und 8).

J. Katz: «Ein Nasenspiegel für Kinder». (Nr. 6).

Verf. schlägt eine Modification des Fränkel'schen Spiegels vor, die den Vortheil bietet, dass die Aeste des Spiegels recht weit von einander, ausserhalb des Gesichtsfeldes des Untersuchers, gestellt sind.

Th. Geissler: «Zur Aethiologien und Behandlung der Angina pectoris». (Nr. 7).

Verf. betrachtet hauptsächlich diejenige Form der Angina, die bei den Frauen im klimacterischen Alter zur Beobachtung kommt. Diese s. g. klimacterische Angina pectoris hat weder mit der echten Angina pectoris, die von der Sclerose der Coronaracterien des Herzens ausgeht, noch mit der nervösen Form der Angina etwas gemein, sie kommt mit dem Aufhören der geschlechtlichen Thätigkeit, der Ovulation und wird periodisch ein mal monatlich, beobachtet und gehört, ihrer Entstehung nach, zur Gruppe der reflectorischen Angina pectoris, die durch den Krampf der Coronararterien des Herzens zu stande kommt (nach Nothnagel). Der vasoconstrictorische Charakter der climacterischen Angina offenbart sich auch, den Beobachtungen des Verf. nach, darin, dass während des Anfalls auch andere Gefässe vom Krampf ergriffen werden — das Gesicht und die Extremitäten werden blass, häufig auch — cyanotisch. Als pathognomonisches Symptom der climacterischen Herzbräune stellt Verf. auf — die eclatante Wirkung des Ovariins Merck.

M. Kusnezow: «Ueber die Rhinoplastik nach Israel». (Nr. 7).

Auf Grund von 2 klinisch durchgeführten Fällen stellt Verf. folg. Sätze auf:

1) Die Rhinoplastik nach Israel mit Transplantation einer Knochenplatte giebt beim sattelförmigen Einfallen der Nase ausgezeichnete Resultate.

2) Die Knochenplatte sammt dem Periost wird am liebsten von der Tibia genommen.

3) Bei der Bildung des Ganges unter der Haut, an der Stelle der sattelförmigen Einsenkung der Nase, muss die Schleimhaut der Nase möglichst geschont werden.

W. Grusdjew: Ueber die Vaginalfibromyome». (Nr. 8, 9, 10).

Verf. weist auf den Zusammenhang der Geburtsthätigkeit der Frau und der Häufigkeit der Vaginalfibromyome hin: von den 58 Frauen, deren Geschlechtsthätigkeit näher bekannt war, hatten 25 Frauen keine Schwangerschaft hinter sich, auch bei den anderen Frauen war die Zahl der Schwangerschaften im ganzen gering, so dass auch für die Vaginalfibromyome dieselbe Ursache, wie für die Uterusfibromyome (s. g. Aequivalenz der Schwangerschaft), in Betracht kommen kann. — Das mittlere Alter für das Vaginalfibromyom ist der Berechnung des Verf. nach, 38.4 Jahre. Am häufigsten sitzt die Geschwulst auf der vorderen Vaginalwand, weniger häufig an der hinteren und verhältnissmässig selten — an den Seitenwänden. Ihrem Bau nach besteht die Geschwulst meistens sowohl aus Muskel- als auch aus Bindegewebe (32 Fälle), seltener besteht sie ausschliesslich aus Bindegewebe (25 Fälle) und nur in Ausnahmefällen aus Muskelgewebe (8 Fälle), was die Ausbreitung der Geschwulst anbetrifft, so glaubt Verf., der Meinung Virchow's gegenüber, dass die Geschwulst sich

nach aussen hin verbreitet und nicht in der Richtung zur Blase und zum Mastdarm hin.

A. Orlow: «Ueber Localanästesie nach Schleich». (Nr. 8).

Auf Grund von 100 Fällen, unter denen auch solche Operationen zu nennen sind, wie gastroenterostomie, Schilddrüsenexstirpation. Ovariotomie etc., stellt Verf. den Satz auf, dass die Schleich'sche Methode (locale Einspritzung einer 1‰ Encainlösung) völlige Anästhesie gewährt und keinerlei Nachtheile nach sich zieht.

J. Makawejew: «Zur Lichtbehandlung». (Nr. 8).

N. Schtepotjew: «Die Schwindsucht in der russischen Armee». (Nr. 8).

Verf weist daraufhin, dass die meisten russischen Soldaten, die sich als Schwindsüchtige erweisen, schon als solche, aus Versehen, in die Armee aufgenommen werden.

S. Meyer: «Ein Fall von angeborener Urinincontinenz». (Nr. 8).

Verf. bekam unter Beobachtung ein 12-jähriges Mädchen, dass von der Geburt an an Urinincontinenz litt. Die Operation (eine Axendrehung und Hebung der Urethra, nach Gersuny) gab völlige Heilung des Leidens.

G. N. Dariwo: «Ueber die localen und allgemeinen Veränderungen im Körper, die zur Infection disponiren». (Nr. 9, 10).

Verf. stellte die Versuche an Kaninchen in der Weise an, dass bei denselben, vor der Infection, eine allgemeine Blutarmuth oder irgend eine Localstörung, durch Blutgefässunterbindung oder Nervendurchschneidung, hervorgerufen wurde. Die Schlussfolgerungen des Verf. lassen sich in folg. Sätze zusammenfassen:

1) Wiederholte Blutung in kleinen Quantitäten übt auf den Organismus des Kaninchens, was seine Widerstandsfähigkeit gegen Infection betrifft, keinen Einfluss aus.

2) Akute Blutarmuth, hervorgerufen kurz vor der Infection, disponirt zur Infection.

3) Künstliche Blutwässerigkeit, verursacht durch Blutung mit nachfolgender Einspritzung der Kochsalzlösung, schwächt ungemein die Widerstandsfähigkeit des Thieres.

4) Einspritzung des Streptococcus aureus in eine oedematöse Extremität führt zur Allgemeininfection des Körpers.

5) Die Unterbindung der Gefässe an einer Extremität vermindert die Widerstandsfähigkeit.

6) Die Durchschneidung des N. lumbalis übt keinen Einfluss aus.

7) Die Durchschneidung der NN. lumbalis und Ischiadicus giebt in der beschädigten Extremität, nach Einspritzung des Streptococcus aureus, grössere locale Entzündungserscheinungen, aber das Thier unterliegt nicht so bald dem Tode, wie die Controlthiere.

G. Witol: «Ueber Mundspülwässer». (Nr. 9, 10).

Auf Grund einer eingehenden Untersuchung verschiedener Mundwässer (eau de Botot, eau de Pierre, Spülwässer von Müller in Wien Odol etc.) kommt Verf. zum Schluss, dass das Odol das unschädlichste und das wirksamste (als Desinficiens) Mundwasser darstellt.

S. Ljubimow: «Die pathologisch-anatomischen Veränderungen des Gehirns bei epileptischen Zuständen». (Nr. 9).

W. Buschujew: «Die Militairärzte und die Prüfungen der Militairpflichtigen in Militairhospitälern». (Nr. 10).

Rechtsamer.

Westnik Oftalmologii. November—December 1900.

S. Golowin: «Neurectomia optico ciliaris bei absolutem Glaucom».

Die Operation verfolgt den Zweck das Auge zu erhalten aus kosmetischen Gründen, oder um das Tragen eines künstlichen Auges zu vermeiden. Die Operation ist bereits 1878 von Schöler und nach ihm von einigen anderen Autoren mit Erfolg ausgeführt worden, hat aber bisher keine allgemeine Verbreitung gefunden. Man kann vom inneren oder vom äusseren Augenwinkel her vorgehen. Golowin empfiehlt letzteren Weg. Nachdem die Bindehaut und die Sehne des Rectus externus eingeschnitten und genügend freipräparirt worden, empfiehlt er den Bulbus auf dem Welz'schen Enucleationslöffel zu nehmen und aus der Augenhöhle etwas vor zuziehen. Um den Augapfel besser herausdrehen zu können sowie um — bei tiefliegendem Auge sicherer an denn Sehnerven und die Ciliarnerven heranzukommen mag man, wo nöthig, noch den äusseren Lidwinkel spalten, wohl auch noch die M. obliqui durchtrennen. Die Operation lässt sich aber auch ohne den Welz'schen Löffel ganz gut ausführen: Man geht dann zunächst mit einer gewöhnlichen nicht zu grossen Blutstillungspincette an den Sehnerven heran, drückt ihn fest zusammen — was gegen eine etwaige Nachblutung rathsam ist — zieht und dreht den Augapfel hervor, und schneidet den Sehnerven sowie die Ciliarnerven dicht hinter der Sclera ab.

Darnach ist der Augapfel zu reponiren. Die abgeschnittenen Augenmuskeln wiederum anzuziehen ist nicht nothwendig. Vernäht wird die Bindehaut und etwa der Schnitt am äusseren Lidwinkel. Druckverband.

Golowin hat 13 Fälle operirt. Die Krankengeschichten werden mitgetheilt. Seine Erfolge sind durchaus zufriedenstellend, denn die Schmerzen schwinden sicher und der Augapfel bleibt in recht guter Verfassung erhalten. Sehr auffallend ist die Thatsache, dass die Drucksteigerung — wenn auch zeitweilig nach der Operation geringer, sich fast immer wiederum einstellte.

W. Kraiske: «Entwickelung der Catarakt bei Malaria».

An 4 Patienten im Alter von 12, 16, 5½, 12 Jahren begannen Linsentrübungen im Stadium der Malariakachexie. Vorher hatten die Kinder gut gesehen. Die Trübung erschien gleichzeitig auf beiden Augen. Drei der Kinder wurden mit Erfolg operirt durch Discision der Cataract. Die Krankengeschichten werden mitgetheilt.

A. Maklakow: «Ein eigenartiger Fall von chronischer Entzündung der Meibom'schen Drüsen, mit Bacillenbefund».

Bereits referirt noch dem Protocoll der Sitzung in Nr. 1 dieser Beilage. Die gefundenen Bacillen scheinen identisch zu sein mit dem sogenannten Bac. mucosus ozoenae. Impfversuche mit Culturen zeigten, dass der Bacillus dem Auge gefährlich wird, sobald er in den Glaskörper gelangt. Das ist von grosser Bedeutung, denn wie oft kommt man in die Lage extrahiren zu müssen bei bestehender Ozoena.

A. S. Tschemolosow: «Ein Fall von Tuberculose der Bindehaut am Lide und dem Augapfel».

Ein 31 a. n. alter Bauer von sonst blühender Gesundheit. Es muss sich um primäre Infection gehandelt haben — durch die eigene Hand oder durch die Zunge einer zweiten Person, welche dem Patienten einen angeblichen Fremdkörper aus dem Auge lecken wollte.

G—n.

Ljetopijss russkoj chirurgii Bd. V, Heft 2—6. 1900.

B. Cholzow: «Ueber traumatische Rupturen der Gallenwege».

Nach einer ausführlichen Besprechung des ganzen Krankheitsbildes schildert Verf. einen von ihm operirten Fall. Es handelte sich um einen 21-jährigen Arbeiter, der ein schweres Trauma der Lebergegend erlitten hatte. Bald nach dem Unfall bis auf Erbrechen keine bedrohlichen Symptome: Leichte Schmerzen im Leibe, Erbrechen, das bald aufhörte, mässiger Meteorismus. Nach einigen Tagen Ascites, der nach mehrmaliger Punction immer wiederkehrt; daher einige Wochen nach der Verletzung Laparotomie, bei welcher sich eine Per-

forationsöffnung der Gallenblase, von der Grösse eines silbernen 5 Kopekenstückes fand. Da die Wand der Gallenblase sehr brüchig war und keine Naht hielt — Exstirpation der Gallenblase, Tamponade der Wunde. Nach 4 Wochen Heilung.

A. Pankratjew: «Ueber die Behandlung der Prostatahypertrophie mittelst Vasectomie».

Die ausführliche mit ausgiebigster Benutzung der Literatur zusammengestellte Arbeit behandelt in ihrem experimentellen Theile die Resultate einschlägiger Thierversuche, deren Verf. selbst 11 gemacht hat. Im klinischen Theile werden die Operationsresultate von 270 Fallen (4 eigene) besprochen. Die Statistik ergiebt 30 pCt. Heilungen und 33 pCt. Besserungen. Ungebessert 25,5 pCt. und Todesfälle 11,5 pCt. Nur ein Todesfall darf eventuell der Operation als solcher, zur Last gelegt werden. Ein Literaturverzeichniss von 131 Nummern beschliesst die lesenswerthe Abhandlung.

N. Trinkler: «Dermatitis bullosa circumscripta — eine selbstständige chirurgische Infectionskrankheit».

Verf. beobachtete nicht selten, dass geringfügige Verletzungen an den Fingern zu Eiterungen unter der Epidermis führten, wodurch letztere in grösserer oder geringerer Ausdehnung blasenförmig von der Cutis abgehoben wurde. Die Blasen zeigen wenig Neigung zum Platzen, wohl aber zu rascher Vergrösserung. Ziemlich hohe Temperatursteigerungen, Lymphangitis und Lymphadenitis kamen gelegentlich zur Beobachtung. Bacteriologisch konnten Staphylo- und Streptococcen nachgewiesen werden. Therapeutisch empfiehlt Verf. aseptische Trockenverbände nach sorgfältiger Entfernung der abgehobenen Epidermis.

G. Aue: «Zur Nierenchirurgie: 2 Fälle von Nephrolithiasis».

Zwei Fälle aus der Klinik Prof. Sklifossowsky's.

I. 39-jähriger Patient leidet an einer Geschwulst in der linken Nierengegend und Schmerzen daselbst. Anamnestisch Gonorrhoe vor 17 Jahren complicirt mit doppelseitiger Epididymitis. Vor 10 Jahren Hämaturie, die ca. 8 Monate anhielt. Seit der Zeit wechselndes Befinden. Urin stets eiterhaltig; gelegentlich Temperatursteigerungen bis 41°.

Pat. ist von hohem Wuchs, sehr schlechtem Ernährungszustand. In der linken Nierengegend eine kindskopfgrosse, bewegliche, druckempfindliche Geschwulst. Häufige, sehr schmerzhafte Miction. Urin, trübe sauer, enthält grosse Massen Eiter und 2‰ Eiweiss. Diagnose: Pyonephrosis calculosa sinistra. Nephrotomie, Entleerung grosser Mengen stinkenden Eiters und Entfernung eines 50 Gramm schweren Steines. Tod 2 Tage nach der Operation.

II. 31-jähriger Pat. hat eine 2 faustgrosse Geschwulst in der rechten Nierengegend. Im Urin Eiter und ½‰ Eiweiss, Anamnestisch keine erbliche Belastung. Im 14. Lebensjahre nach einer Fahrt auf holzigem Wage rasch vorübergehende Hämaturie, die sich später mehrmals nach Körperlichen Anstrengungen wiederholte, um bei Ruhe rasch zu schwinden. Diagnose: Nephrolithiasis, Pyonephrose.

Nephrotomie, Entfernung eines grossen Steines. Glatte Heilung.

W. Thiele: «Ein Fall von Radicaloperation der Spina bizida».

Ein 9½-jähriges Mädchen hatte am untern Abschnitt der Lendenwirbelsäule eine angeborene kleine Geschwulst, die allmählich sich vergrösserte und schliesslich Apfelsinengrösse erreichte. Bei der Operation erwies sie sich als Myelomeningocele am 4. und 5. Lumbalwirbel. Nach Exstirpation der Geschwulst und Versorgung des Stieles wurde der Defect durch Knochenplatten von den Wirbelbogen linkerseits, gedeckt. Darüber Muskelnaht und Hautnaht. Verlauf durch geringe Eiterung complicirt. In der ersten Zeit (1 Woche) nach der Operation bestand Retentio urinae. Heilung.

A. Gawrilko: «Ueber Hämophilie».

Beschreibung eines sorgfältig beobachteten Falles bei einem 23-jährigen Manne, bei dem sich im Anschluss an ein geringes Trauma ein grosses Hämatom der rechten Gesichtshälfte eingestellt hatte. Aus einer kleinen Hautwunde über dem Hämatom hatte es Tage lang stark geblutet. Auch früher hatten geringfügige chirurgische Eingriffe z. B. die rituelle Circumcision und eine Zahnextraction zu lebensgefährlichen Blutungen beim Patienten geführt. Ein der Arbeit beigefügter Stammbaum der Patienten weist auch in diesem Falle die bekannte Erblichkeit der Hämophilie nach.

S. Ssamochotzki: «Zur Casuistik der subphrenischen Abscesse und Cysten».

1. 20-jähriger Arbeiter litt seit 8 Monaten nach einem schweren Trauma an Schmerzen in der rechten Seite und abendlichen Fiebertemperaturen. Objectiv Pleuritis suppurativa dextra. Resection der 7. Rippe in der Axillarlinie, Eröffnung der Pleura und Entleerung grosser Mengen Eiters. Nach 2 Monaten mit Fistel entlassen. Bald trat Patient jedoch wieder in Behandlung, da die Eitersecretion stark zugenommen hatte. Breite Eröffnung der alten Wunde mit Resection der 7. und 8. Rippe. Jetzt wird im Zwerchfell eine Fistel entdeckt, die in eine grosse subphrenische Eiterhöhle führt. Nach breiter Eröffnung und Drainage vollkommene Heilung.

2) 35-jähriger Bauer wird in schwer krankem Zustande — Cyanose etc. eingeliefert. Rechterseits Erscheinungen von Pleuritis. Punction im 7. Intercostalraum ergiebt stinkenden Eiter. Resection der 6. Rippe in der Axillarlinie. In der Pleura grosse Mengen seröser Flüssigkeit. Unter stetig zunehmendem Collaps. Tod 6 Stunden nach der Operation. Das Zwerchfell war rechts sehr hoch hinaufgedrängt. Keine Section.

3) 13-jähriges Mädchen hat seit 8 Monaten in der linken Bauchhälfte eine Geschwulst, die unter dem Nabel beginnt und unter dem Rippenbogen verschwindet. Bei der Operation erweist sich die Geschwulst als extraperitoneal und subphrenisch gelagerte Echinococcusblase. Eröffnung und Drainage führten zu voller Heilung.

W. Oppel: «Zur Behandlung der beginnenden Perforationsperitonitis».

Ein 23-jähriger Soldat erhielt einen Hufschlag gegen den Unterleib und wurde 5 Stunden später in die Klinik des Professor Ratimow eingeliefert mit den Symptomen einer beginnenden Peritonitis. In der linken Unterbauchgegend eine Haut-Muskelwunde. Abdomen bretthart, Erbrechen. Laparotomie über dem linken Lig. Poupartii. Aus der Bauchhöhle ergiesst sich trübe Flüssigkeit mit Beimengung von Fibringerinnseln und Speisepartikeln. An einer Dünndarmschlinge wird die Perforation entdeckt und das Loch mit Lembert'schen Nähten geschlossen. Keine Spülung, Tamponade. Heilung.

W. Tokarenko: «Laparotomie wegen chronischer adhaesiver Peritonitis».

Bei einer 35-jährigen Patientin entwickelte sich im Anschluss an eine puerperale Peritonitis im Verlaufe von 2 Monaten eine Geschwulst, die die rechte Unterbauchgegend einnahm und starke Schmerzen verursachte. Bei der Laparotomie erwies sich die Geschwulst als ein Convolut unter einander verbackener Dünndarmschlingen, die einerseits mit dem parietalen Peritoneum, andrerseits mit dem Uterus verlöthet waren. Die Operation bestand in Trennung der Verwachsungen. Obgleich die Geschwulst nach der Operation ziemlich in ihren alten Dimensionen bestehen blieb, schwanden die Beschwerden nahezu vollständig.

R. Wreden: «Ein Fall von innerer Darmeinklemmung die eine Appendicitis vortäuschte».

Ein 22-jähriger Mann erkrankt mit Symptomen einer Appendicitis, die sich nach einigen Tagen verschlimmerte und Verdacht auf beginnende Peritonitis aufkommen liess. Bei der Laparotomie fand sich eine Dünndarmschlinge hinter dem Cöcum durch das Mesenteriolum des Wurmfortsatzes incarcerirt. Lösung der Incarceration, Resection des Appendix, Heilung.

S. Ssamochotzki: «Aus dem Gebiete der Nierenchirurgie».

1. Bei einem 26-jährigen Manne erwies sich eine seit lange bestehende Geschwulst in der rechten Seite des Bauches bei der Probelaparotomie als bewegliche rechte Niere. Um diese zu fixiren wird darauf der Simonsche Schnitt geführt und die Niere blosgelegt. Im Becken derselben findet sich ein Stein, der aus einem Schnitt, vorne am Nierenbecken extrahirt wird. Dabei erweist es sich, dass ein zweiter Ureter durchschnitten wurde. In Folge dessen exstirpirte Verfasser die Niere, die sich im Uebrigen als normal erwies. Heilung.

2) Der zweite Fall betrifft eine Pyelitis calculosa mit perinephritischem Abscess bei einem 72-jährigen Manne. Incision.

und Entfernung eines Phosphatsteines aus der Niere, Heilung mit unbedeutender Fistel.

I. Dsirne: «Zur Behandlung der Nephrolithiasis, der Hydronephrose und Pyonephrose».

Ausführliche Besprechung der gegen die genannten Nierenkrankheiten in Frage kommenden Operationen, deren Indicationsstellung und eventuelle Complicationen. Den Schluss der umfangreichen Arbeit bilden die Krankengeschichten von 17 eigenen Fällen, die vorwiegend Pyonephrosen in 4 Fällen combinirt mit Steinbildung betreffen. Von den 17 Operirten sind 2 gestorben, einer an Urämie, der andere unabhängig von der Operation an einer Magenblutung. Von den 15 Geheilten wurden 12 ohne und nur 3 mit einer Fistel entlassen. Ein Literaturverzeichniss von 236 Nummern beschliesst die Abhandlung.

N. Wolkowitsch: «Ueber die Entfernung von Hämorrhoidalknoten mittelst der Excision».

Eine Beschreibung und warme Empfehlung dieses Verfahrens, welches der Verfasser unabhängig von der ersten Publication Whitehead's geübt und ausgearbeitet hat.

A. Markowitin: «Elephantiasis der unteren Extremitäten».

41-jähriger Bauer bis vor 5 Jahren angeblich gesund, bemerkt seitdem eine rasch zunehmende Verdickung seines rechten Beines. Bei der Aufnahme in die Klinik zeigt die rechte untere Extremität des Patienten eine so enorme Verdickung, dass Form und Configuration eines menschlichen Beines gänzlich verloren gegangen sind. Der Umfang des Oberschenkels beträgt 156 Centimeter (der linke 45), der Umfang des Unterschenkels (in der Mitte) 96 Centimeter (der linke 30). Am Oberschenkel, besonders aber am Unterschenkel tritt die Verdickung nicht gleichmässig cylindrisch, sondern in Form von einzelnen Wülsten auf, die durch tiefe Furchen von einander getrennt sind. Die Haut ist relativ wenig verändert, die Function des Beines ausserordentlich behindert. Unter Ruhelage ging der Umfang des erkrankten Oberschenkels von 156 auf 119 Centimeter, der des Unterschenkels von 96 auf 61 cm. zurück. Auf eine Operation ging Pat. nicht ein.

A. Kadjan: «Ein Fall von Exarticulation der untern Extremität mit der dazu gehörigen Beckenhälfte».

Die Operation wurde an einem 25-jährigen Studenten ausgeführt, der seit 2 Jahren eine Geschwulst (Sarcom) im oberen Drittel des linken Oberschenkels hatte. Arteria und Vena iliaca ext. präventiv unterbunden, in der Glutäalgegend trotzdem beträchtliche Blutung, daher räth K. die Iliaca communis zu unterbinden. Durch einen hinteren Lappen wird der grosse Defect gedeckt. Starker Collaps, Tod nach 2 Tagen. Die Section ergab Metastasen in Pleura und Lungen.

W. Malenjuk: «Ueber die chemische Zusammensetzung und Differentialdiagnose des Inhalts von Echinococcenblasen».

Verf. hat in 15 Fällen den Inhalt der Echinococcusblasen genau chemisch und mikroscopisch untersucht. Ausser den absolut sicheren Zeichen: Vorhandensein von Scolices — pro, Vorhandensein von Epithelien — contra, giebt es keine Merkmale, die mit Sicherheit einen Echinococcus diagnosticiren oder ausschliessen liessen. Jedoch lassen sich aus dem Verhältnisse der im Trockenrückstand der Flüssigkeit enthaltenen Aschenbestandtheile und organischen Bestandtheile Schlüsse ziehen, die eine zweifelhafte Diagnose nach der einen oder der andern Richtung hin befestigen können. Bezüglich dieser chemischen Details sei auf das Original verwiesen.

Prof. W. Ratimow: «Ein Fall von Lymphangiom des weichen Gaumens».

Einer 41-jährigen Patientin war vor 12 Jahren eine Geschwulst des weichen Gaumens vom Munde aus entfernt worden. Seit 4 Jahren hat die Patientin wieder an derselben Stelle eine Geschwulst, die das Schlucken, Athmen und Sprechen in hohem Grade behindert. Bei der Untersuchung ergab sich, dass der Isthmus faucium von einer grossen, elastischen Geschwulst eingenommen ist, die von der rechten Seite des weichen Gaumens ausgeht. Eine Probepunction ergab einige Cubikcentimeter Lymphe. Die Geschwulst liess sich nach temporärer Unterkieferresection mit einiger Schwierigkeit enucleiren. Mikroscopisch ein Lymphangiom.

I. Ssewastjanow: «Ein Fall von Dermoid am Kopfe, welches einen Hirnbruch vortäuschte.

Ein 28-jähriger sonst gesunder Mann hatte eine angeborene Geschwulst am Kopfe, die sich im Laufe der Jahre langsam aber stetig vergrössert hatte. Sie nahm die Gegend über den Seitenwandbeinen und über der Schuppe des Hinterhauptbeines ein und hatte an ihrer Basis einen Umfang von 42 cm. Die Annahme, dass es sich um einen Hirnbruch handele, wurde bei der Operation widerlegt. Die Schädelknochen waren intact und der Inhalt der Geschwulst bestand abgesehen von gelblicher Flüssigkeit aus abgestossenen Epithelien.

M. Steinberg: «Ueber künstliche Hernien».

Die Frage von den künstlichen Hernien ist besonders von russischen Chirurgen bearbeitet worden (Orlow, Wrublewski, Bornhaupt). Das Charakteristische derselben ist die Form und Lage sowie ungewöhnliche Grösse der Bruchpforte und der Umstand, dass die künstliche Hernie stets eine directe ist. Doch genügen diese Zeichen nicht die Diagnose zu stellen, wie Verf. an einem Falle zeigt, in welchem trotz Vorhandensein der erwähnten Merkmale eine künstliche Hernie sicher auszuschliessen war. Nach Verf. werden künstliche Hernien nur bei Hebräern beobachtet, die zur Ableistung der Wehrpflicht einberufen sind.

Prof. G. Tiling: «Ueber Obturationsileus».

Bericht über 5 Fälle dieser Erkrankung. Im ersten Falle handelte es sich um alte peritonitische Stränge, die eine Abknickung und Unwegsamkeit einiger Dünndarmschlingen bedingt hatten. Nach Trennung der Adhäsionen und Resection eines 5½ cm. langen Stückes Dünndarm Heilung. Im zweiten sehr ähnlichen Falle genügte die Lösung der Adhäsionen. Solcher fanden sich mehrere, eine an der linken Seite der Radix mesenterii, eine in der Cöcalgegend und mehrere im kleinen Becken. Aetiologisch kommt ein vor 10 Jahren überstandener Typhus abdominalis in Betracht. Im 3. Falle handelte es sich um eine Strictur des Ileum, die sich offenbar in Folge einer vor ca. ½ Jahre überstandenen Invagination eingestellt hatte. Damals war ein ¾ Arschin langes Darmstück per anum abgegangen. Die Strictur beseitigte T. durch eine der Pyloroplastik (Heinecke-Mikulicz) entsprechende Operation. Im 4. und 5. Falle handelte es sich um Gallensteinileus, von denen der erstere durch spontanen Abgang des Steines ausheilte, der letztere jedoch letal endete. Hier konnte wegen hochgradigen Collapses an ein operatives Vorgehen nicht gedacht werden.

P. Baratynski: «Ueber die chirurgische Behandlung des acuten Darmverschlusses».

Bericht über 7. Fälle. 1) Volvulus coeci? Spontanheilung. 2) Volvulus coeci. Drehung um 360°. Laparotomie. Heilung. 3) Incarceration von Ileumschlingen durch ein Pseudoligament. Laparotomie. Resection von 45 cm. Dünndarm. Heilung nach nochmaliger Laparotomie wegen intraperitonealer Eiterung. 4) Volvulus flexurae sigmoideae. Peritonitis. Wegen schweren Collaps, Enterostomie. Exitus letalis. 5) Incarceration eines grossen Convolutes von Dünndarmschlingen durch ein um das Mesenterium derselben geschlungenes Pseudoligament. Laparotomie, Durchtrennung des abschnürenden Stranges. Tod an Collaps. 6) Littresche Hernie. Laparotomie, Befreiung der Schlinge aus dem Leistenkanal. Tod nach 24 Stunden. 7) Incarcerirte Leistenhernie mit undeutlichen Symptomen. Laparotomie und Herniotomie. Heilung.

D. Blagoweschtschensky: «Ueber die Sectio alta bei Unwegsamkeit der Harnröhre und Harnfisteln».

In einem Falle von impermeabler Strictur der Harnröhre, complicirt mit Infiltraten am Damm und einer Harnfistel wurde durch die Sectio alta und temporäre Drainage der Blase im Verlaufe einiger Monate Heilung erzielt, ohne dass der Catheterismus posterior in Anwendung kam. Mit dem Schwinden der Infiltrate stellte sich die Wegsamkeit der Harnröhre wieder her, sodass ihr Caliber durch systematische Sondirungen auf 22 Charière gebracht werden konnte.

S. Ssamochotzki: «Ueber methodische Drainage des kleinen Beckens durch künstliche Oeffnungen im Diaphragma pelvis bei ausgedehnter Eiterung des Beckenzellgewebes».

Im Anschluss an eine Periproctitis fand sich bei einem 50-jährigen Patienten eine ausgedehnte Eiterung im Beckenzellgewebe und ein grösserer Abscess im Cavum Retzii über der Symphyse. Eröffnung dieses Abscesses und Contraaperturen am Damm, führten den schwer septischen Kranken zur Heilung. Zum besseren Abfluss des Eiters wurde das erhaltene Diaphragma pelvis beiderseits stumpf durchbohrt und je ein Drain aus dem Cavum Retzii in die beiden Fossae ischiorectales durchgeführt.

M. Lachtin: «Historische Skizze über die Lehre von der Trepanation, seit den ältesten Zeiten bis zum XIX Jahrhundert».

In der historischen Abhandlung hat Verf. weniger die Entwickelung der Technik der Operationen berücksichtigt als vielmehr die Indicationen, die im Laufe der Jahrhunderte die Chirurgen bei Vornahme von Trepanationen geleitet haben.

Wold. Fick.

Medicinskoje Obosrenje. November, Decemeer.

N. F. Filatow und W. Hold: «Spirituscompressen bei Appendicitis».

Die Autoren bringen die Krankengeschichte eines 12-jährigen Knaben, bei dem diese Behandlungsmethode von augenscheinlich — günstiger Wirkung war. Die Compressen werden auf folgende Weise ausgeführt: Marly zu 4 Schichten zusammengelegt, wird mit 96 pCt. Alkohol getränkt, auf den ganzen Leib gelegt darüber kein Wachspapier, sondern direct Flanell und darauf die Eisblase. Die Compresse muss stündlich gewechselt werden, da der Spiritus ja leicht verdampft. Wird dieselbe auf die eben beschriebene Weise angewandt, so verträgt die Haut sie sehr gut. Was die Frage nach der Art und Weise, wie die günstige Wirkung der Spirituscompressen zu Stande kommt, anlangt, so lässt sich hier mit Bestimmtheit Nichts aussagen, wahrscheinlich sei eine ableitende Wirkung im Spiele.

W. Ssokolow: «Beobachtungen über Intubation bei Croup».

35 Fälle, Genesung in 60 pCt. Näheres über die Ausführung der Intubation und Anführung von Krankengeschichten.

A. Kissel: «Ein Fall von Noma (nach Masern) bei einem 5-jährigen Knaben, complicirt mit blutigen Durchfällen und Lungenentzündung. Genesung».

Frühzeitige locale Behandlung: Auskratzung mit dem scharfen Löffel, Auswaschung mit heisser (40° C.) Kali Hypermanganicumlösung (1:4000) und Jodoformbepuderung.

I. Wolf: «Ueber den Verlauf und über die Behandlung der extrauterinen Gravidität. Casuistischer Beitrag. 12 Krankengeschichten.»

Nach den Erfahrungen des Autors ist die Operation indicirt in allen Fällen von progressirender extrauteriner Gravidität; in allen Fällen von acuter, oder sich wiederholender innerer Blutung in Folge von Berstung der graviden Tube; bei secundärer innerer Blutung in Folge von Berstung des Haematocelensackes, bei vereiternder Haematocele und bei Haematocele, die zu Läsionen der Nachbarorgane geführt hat. Die Art des operativen Eingriffes hängt von den Erfahrungen des Operateurs ab.

W. Usspenski: «Zur Casuistik des unregelmässigen weiblichen Becken; 4 Fälle von typischem Kaiserschnitt».

A. Harkavy und P. Braslawski: «2 Fälle von Akromegalie».

Sehr ausführlich gehaltene Krankengeschichten; eingehende Würdigung der Literatur.

W. Nikitin: «Ein Fall von ausgebreiteter Actinomykose mit Localisation im Grosshirn».

Die Krankheit begann bei einer 37-jährigen Frau unter dem Bilde einer Lungenspitzenaffection, also primär in den Lungen, erst später breitete sich der actinomykotische Process auf die Haut und das Unterhautzellgewebe aus, um schliesslich auf dem Wege der Blutbahn in's Gehirn verschleppt zu werden.

Abelmann.

Chirurgia. Bd. VIII. Nr. 48. December 1900.

W. Lissjansky: «Ein Fall van Hirnbruch (Cephaloma)».

Bei einem 9-monatlichen Kinde fand sich über der Nasenwurzel eine angeborene, ovale Geschwulst, die leicht pulsirte und beim Schreien des Kindes praller wurde. Die Operation bestand in Abtragung der Geschwulst über einer Ligatur. Zwischen Stirnbein und den Nasenbeinen fand sich eine rundliche Oeffnung, die die Fingerkuppe passiren liess. Die Knochenlücke wurde plastisch durch einen Periost Knochenlappen aus der Stirn gedeckt: Das mikroskopische Bild der Geschwulst zeigte die Structur der Neuroglia ohne Höhlen und Cystenbildung.

J. Bataschew: «Zur Casuistik der Schenkelhernien».

Im ersten Falle fand sich nach innen vom Bruchsack die Harnblase, die ebenfalls durch den Schenkelring hervorgetreten war. Dieselbe wurde als solche nicht erkannt und ein Theil abgetragen, die Höhle sorgfältig vernäht und versenkt. Erst durch Blutgerinnsel im Urin wurde die Diagnose klar Heilung per primam.

Im zweiten Falle handelte es sich um eine viertägige Incarceration einer Schenkelhernie. Herniotomie. Resection von 107 cm. Dünndarm. Exitus am Tage nach der Operation.

N. Sawinow: «Ueber die Alexander-Adams'sche Operation».

Im Anschluss an 10 operirte Fälle bespricht Verf. die Indicationen der Operation und die verschiedenen Modificationen des ursprünglichen Alexander'schen Verfahrens. Verf. giebt dann selbst ein neues Verfahren an, das er in 8 Fällen angewandt hat, dessen Details im Original nachzulesen sind. Zur Auffindung des lig. rotundum hält Verf. sich an den Nervus spermaticus externus und das diesen Nerv begleitende Gefässbündel. Da aber diese in ihrem Verhalten zum Lig. rotundum nicht ganz constant sind und die Auffindung des letzteren Schwierigkeiten machen kann, so hat Verf. seine 2 letzten Fälle, nach der Kocherschen Modification ausgeführt. Die Operationsresultate waren in allen Fällen gute, die Beschwerden der Kranken schwanden und der Uterus blieb in normaler Lage. Bei einer Patientin verlief eine 4 Monate nach der Operation eingetretene Gravidität normal und auch post partum blieb das Operationsresultat bestehen.

J. Krawtschenko: «Ein seltener Fall von multiplen Osteomen».

Der 32-jährige Patient zeigte an einem Schlüsselbein, an 4 Rippen, an einem Schulterblatt, an beiden Ober- und Unterarmen, an beiden Ober- und Unterschenkeln eine grosse Menge harter Exostosen, die Erbsen- bis Kindskopfgross, dem Scelett gänzlich unverschieblich aufsassen. Die Geschwülste waren vollkommen schmerzlos, von höckeriger Oberfläche. Angeblich angeboren, hatten sie sich in den letzten 10 Jahren nicht mehr vergrössert. Lues nicht nachweisbar.

Wold. Fick.

Дозв ценз. Спб., 17 Февраля 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katarinenhofer Pr. № 15.

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 3. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". **1901.**

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Archiw psichiatrii, neirologii i ssudebnoj psichopatologii (Archiv für Psychiatrie, Neurologie u. gerichtl. Psychopathologie).
Bolnitschnaja gaseta Botkina (Botkin's Hospitalzeitung).
Chirurgia (Chirurgie).
Djetskaja Medizina (Pädiatrische Medicin).
Jeshenedjelnik (Wochenblatt).
Ljetopiss russkoi chirurgii (Annalen der russisch. Chirurgie).
Medizina (Medicin).
Medizinskoje obosrenje (Medicinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Russkij Archiw Patologii, klinitscheskoi Mediziny i Bacteriologii (Russ. Archiv für Pathologie, klin. Medicin u. Bacteriologie).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Westnik klinitscheskoj i ssudebnoj psichiatrii i neiropatologii (Zeitschrift für klinische und gerichtliche Psychiatrie und Neuropathologie).
Westnik obschtschestwennoj gigieny, ssudebnoj i praktitscheskoj mediziny (Zeitschrift für öffentliche Hygiene, gerichtliche und praktische Medicin).
Wojenno-medizinskij shurnal (Militär-medicinisches Journal).
Wratsch (Der Arzt).

Wojenno-medizinski Shurnal. Mai—August 1900.

W. Tichomirow: «Zur Behandlung der eitrigen Pleuritiden». (Nr. 5).

T. beschreibt einige Empyemfälle, von denen 7 nach der Methode von Bülau mit gutem Erfolge operirt wurden, in 2 Fällen wurde die hintere Thoracotomie mit Rippenresection angewandt, in 3 trat spontane Heilung der Empyeme ein. Von den nach Bülau behandelten Fällen endeten 2 letal. Diese Fälle vermindern aber nicht die Vorzüge der Bülauschen Methode, weil in einem Falle der Tod an Lungen- und Darmtuberculose, im anderen an Pleuroperitonitis erfolgte.

A. Krymow: «Experimentelle Beiträge über den Werth der neuen Methode der Gastroenterostomie nach Podres». (Nr. 5).

Verf. machte 6 Versuche an Hunden: 3 nach der ersten und 3 nach der zweiten Modification der Methode von Podres. Alle Hunde vertrugen die Operation sehr leicht, kein einziger von ihnen ist an infectiöser Peritonitis gestorben, eine gute Communication zwischen Magen und Darm konnte aber bei keinem erzielt werden. Daraufhin kommt K. zu folgenden Schlüssen:

1) Wir haben nicht das Recht nach der neuen Methode von Prof. Podres an Menschen zu operiren.
2) Die Anlegung von 2 Kreuznähten zur Bildung einer Communication zwischen Magen und Darm darf fernerhin auch bei Thieren nicht angewandt werden, da man als bewiesen betrachten muss, dass die Narbenbildung nach der Durchschneidung der Nähte erfolgt und es resultirt keine eigentliche Communication, sondern eine Fistel.
3) Beim Operiren nach der 2. Modification der Podres'schen Methode ist der Erfolg der Operation nicht sicher, da es bei Anlegung der letzten 2 Nähte von innen nach aussen des Organs undenkbar ist in dieselbe Oeffnungen mit der Nadel sicher zu gerathen, wovon hauptsächlich die Richtigkeit und Grösse der Communication abhängt.

N. Rjumin: «Ueber das Xeroform». (Nr. 5).

Nach Anwendung des Xeroforms in 72 Fällen kam R. zu folgenden Schlüssen:

1) Das Xeroform vermindert die eitrige Secretion, trocknet gut die Wunden und Geschwüre, bildet eine festhaftende Kruste und verhindert dadurch das Eindringen des Infectionsstoffes in die Blut- und Lympfgefässe.
2) Die umgebenden Gewebe reizt es nicht.
3) Auf die Granulationen wirkt es erfrischend und kräftigend und beschleunigt dadurch die Narbenbildung.
4) Die definitive Heilung tritt rascher ein.
5) Seiner Geruchlosigkeit wegen verdient es dem Jodoform vorgezogen zu werden.

B. Demidowitsch: «Die medicamentöse und chirurgische Behandlung des Trachoms». (Nr. 5).

Beim Vergleich von 52 Trachomfällen verschiedener Stadien, die durch Ausdrücken behandelt wurden, mit 314 medicamentös behandelten Fällen fand D., dass die chirurgische Behandlung viel weniger Recidive giebt und viel kürzer dauert, als die medicamentöse. Die Mechanotherapie des Trachoms verdiene deshalb den Vorzug.

Galai: «Die Methode von Dr. Piorkowski zum Nachweis der Ebert'schen Bacillen». (Nr. 5).

Verf. hat diese Methode in 7 Fällen angewandt und hält sie für sehr werthvoll. Die Diagnose des Typhus kann schon nach 24—36 Stunden gestellt werden. In den Fällen, in den die Widal'sche Reaction aus irgend einem Grunde negativ ausfällt, kann die Piorkowski'sche Methode als vorzügliches Mittel zur Typhusdiagnose dienen.

Ljubomudrow: «Ein Fall von Leberabscess». (Nr. 5).

Verf. fand mehrere Eiterherde in der Leber eines Pat., der an Otitis media purulenta mit eitriger Entzündung und Caries des Processus mastoideus gelitten hatte.

N. Delektorski: «Ein Fall von Ascites ohne Eiweiss im Urin». (Nr. 5).

M. Gundorow: «Beiträge zur Frage über die Resorption durch die unverletzte Haut». (Nr. 5).

Nach eingehender Uebersicht der betreffenden Literatur beschreibt G. ausführlich seine Versuche an Menschen und Hunden im pharmacologischen Laboratorium von Prof. Burshinski in Tomsk, welche folgende Resultate ergeben haben:

1) Verschiedene Alkaloide (Strychnin, krystallinisches (Gallicum) Akonitin und Apomorphin) und anorganische Salze (bromsaures, salzsaures und kohlensaures Lithium) werden aus Salben durch die unverletzte Haut von Menschen und Hunden nicht resorbirt; eine Ausnahme bilden in dieser Hinsicht der amorphe (deutsche) Akonitin und die Salicylsäure, deren Durchdringen durch die Haut sowohl auf Grund der physiologischen Wirkung, als durch die chemische Reaction constatirt werden kann.
2) Die durch die unverletzte Haut durchdringenden flüchtigen und krystallinischen Substanzen begünstigen nicht die Resorption durch die Haut anderer medicamentöser Präparate bei gleichzeitiger Application derselben auf die Haut in Salbenform.
3) Lanolin ist kein die Resorption durch die Haut begünstigendes Mittel.
4) Substanzen, welche die Hautsecrete lösen, begünstigen nicht die Resorption durch die Haut; das Waschen der Hände oder der rasirten Hautpartie des Hundes vor dem Versuche mit 5-proc. wässeriger Sodalösung und der Zusatz zu den Salben flüchtiger Flüssigkeiten (Alkohl, Aether und Chloroform) gaben keine positiven Resultate.
5) Ebenso kann mechanischen Mometen, wie Reibung kein grosser Einfluss auf die Resorption durch die Haut zugeschrieben werden, da auch bei starker Einreibung keine Resorption erfolgte; Salicylsäure und amorpher Akonitin durchdrangen die Haut ohne jede Einreibung, bei einfacher Anlegung derselben auf die Haut

M. Tulatow: «Meine Fahrt nach Mekka und Shedda». (Nr. 5).

E. Larin: «Zur Frage des Waschens der Soldatenwäsche». (Nr. 5).

B. Jarowizki: «Zur Casuistik der Radicaloperation von Leistenhernien verdächtiger Entstehung». (Nr. 6).

W. Tichomirow: »Ein Fall von Trauma des Kopfes mit hysterischen Erscheinungen». (Nr. 6).

A. Schiele: «Jodtinctur, Gallicin und Jodgallicin beim Trachom». (Nr. 6).

Beim Studium der Wirkung dieser Präparate beim Trachom und anderen Augenkrankheiten erhielt Verf. folgende Resultate:

Die Jodsäure zerstört das trachomatöse Gewebe 1) durch Aetzung, 2) durch die Erweiterung der Gefässe nach Abspaltung freien Jods bewirkt sie reichlichen Zudrang des Blutes zum kranken Gewebe und 3) wirkt sie direct desinficirend. Die stärkste Wirkung hat die Jodsäure in Form eines Stiftes, schwächer wirkt eine Zusammensetzung von 6 pCt. Jodkali und 1—5 pCt. Jodsäure, noch schwächer wirkt sie in Tropfenform (1—3-proc. Lösungen) und Salben (mit ½—1½ pCt. Jodsäure). Die Reizerscheinungen: Röthung, Thränenfluss, Lichtscheu u. s. w. sind sehr gering; der Pat. kann bald nach der Aetzung wieder arbeiten. Vollständige Heilung des Trachoms kann in viel kürzerer Zeit erreicht werden, als mit allen übrigen bis jetzt bekannt gewordenen pharmaceutischen Mitteln. Alle diese Angaben gelten mit geringen Einschränkungen auch für das jodsaure Natron, das Verf. in 10-proc. Lösung als Tropfen angewandt hat. Salben dürfen nicht mehr als 5 pCt. Natrii jodici enthalten, da concentrirtere zu stark reizen. — Gallicin ist das Methyläther der Gallussäure und ist ein weisses Pulver, das sich leicht und farblos in heissem Wasser, warmem Alcohol und Aether löst; es zerfällt nicht bei der Sterilisation und wirkt sehr stark desinficirend. In der Augenpraxis verwendet Verf. das Gallicin mit grossem Erfolge schon 4 Jahre bei rein eczematösen Erkrankungen der Conjunctiva und Hornhaut und beim Trachom. Es wird nur in Pulverform angewandt, das 1—2 Mal täglich mit einem Pinsel auf die erkrankten Partien, ebenso wie das Calomel, aufgetragen wird. Als unangenehme Nebenwirkung wird zuweilen ein, je nach der aufgetragenen Menge, mehr oder weniger starkes Brennen beobachtet, welches aber bald verschwindet. — Jodgallicin ist ein leichtes, amorphes, geruchloses, dunkelgraues Pulver, welches 38,4 pCt. Wismuth und 23,6 pCt. Jod enthält. Es wird als Pulver angewandt und giebt sehr gute Resultate beim Trachom bei Phlyctänen, tiefen Infiltraten und Hornhautgeschwüren eczematösen und trachomatösen Ursprungs.

A. Myssowski: «Ueber künstliche Augenverletzungen bei Rekruten». (Nr. 6).

Die häufigste Form ist Aetzung der Conjunctiva palpebrarum mit chemischen Substanzen, welche zweifellos zu den harten gehören und in Substantia angewandt werden. Auf der Schleimhaut der oberen oder unteren Lider findet man in diesen Fällen einen Schorf von verschiedener Grösse und Form, von graugelber oder Wachsfarbe, oder von hellweisser Kalkfarbe mit scharfen Rändern. In letzter Zeit beobachtete Verf. 3 sehr interessante Fälle zweifellos künstlicher Verletzung der Hornhaut in Form von Leucomen. Alle traten sie in's Lasaret gleichzeitig ein, alle waren sie Tartaren eines Kreises. Bei allen 3 waren die Leucome vollständige, gesättigte, undurchsichtige, bei allen auf dem rechten Auge im Gebiete der Pupille und von länglicher Form. Bei seitlicher Beleuchtung machte es den Eindruck, als ob in den Vertiefungen der Substantia propria corneae eine undurchsichtige, schwefelähnliche Masse sich befinde. Alle diese Leucome waren zweifellos herbeigeführt durch eine sehr künstliche Einführung in die Tiefe der Hornhaut einer färbenden, schwer oder unlöslichen Substanz.

G. Boino-Rodsewitsch: «Ein Fall von Paramyoclonus». (Nr. 6).

W. Piwowarow: «Desinfection mit Formaldehyd durch Verdunstung des verdünnten Formalin (Breslauer Methode)». (Nr. 6).

Die zahlreichen, allseitigen Versuche des Verf. zeigten, dass der Brunn'sche Apparat sehr gut mit allen anderen Apparaten, die zur Desinfection mit Formaldehyd dienen, concurriren kann, vor den er sogar einige Vorzüge hat, so die Möglichkeit der Desinfection sowohl beim Befinden des Apparates in dem zu desinficirenden Local selbst, als ausserhalb desselben. Die Gebrauchsmethode desselben ist einfach, der Apparat selbst leicht transportabel, die Desinfection billig. Eine grosse Durchdringlichkeit hat das Formaldehyd auch bei Breslauer Methode nicht, da auch mit derselben weder geschlossene Bücher, noch Kissen, noch zusammengewickelte Wäsche und andere derartige Gegenstände desinficirt werden können.

W. Garmaschew: «Einige Bemerkungen für und gegen die allgemeine Narcose und Localanästhesie». (Nr. 7).

Nach Vergleich der Statistik der Mortalität bei der allgemeinen Chloroformnarcose mit derselben bei der localen Cocainanaesthesie nach Schleich, kam Verf. zum Schluss, dass die eine Localanaesthesie hervorrufenden Mittel nicht weniger giftig sind als das Chloroform, geben aber weder dem Chirurgen noch dem Patienten die Vorzüge der allgemeinen Narcose. Das Gebiet der Anwendung der Localanaesthesie darf deshalb nicht aus den Rahmen ausgehen, durch die sie vor der Periode der Hinreissung vom Cocain beschränkt war. Das reine Chloroformpräparat oder eine der Mischungen, in den das Chloroform den Hauptbestandtheil bildet (die Billroth'sche und Schleich'sche Mischung) schränken bei erfahrener und aufmerksamer Anwendung die Gefahr auf's Minimum ein und geben dem Chirurgen die Möglichkeit frei zu operiren.

J. Sabludowski: «Die Krankheit der Pianisten in der chirurgischen Praxis». (Nr. 7).

W. Mysch: «Ein Fall von Verknöcherung des Musculus brachialis interni, als Complication einer Luxation im Ellbogengelenk nach hinten». (Nr. 7).

P. Pospelow: «Ueber die Verbreitung des Trachoms im Militär». (Nr. 7).

Als sicherstes Mittel gegen diese Krankheit hält Verf. die Bildung besonderer Trachomcomando in den Militärabtheilungen mit bedeutender Verbreitung des Trachoms. Solche Commando hätten noch einen grösseren Werth, wenn sie nicht temporäre, sondern ständige Einrichtungen wären und obligatorisch wären für alle Abtheilungen, in den Trachomkranke vorhanden sind.

W. Ssimonowitsch: «Ein Fall von Extraduralabscess und Septikopyämie bei acuter eitriger Mittelohrentzündung». (Nr. 7).

S. Ljuri: «Ueber traumatische Verletzungen des Trommelfells». (Nr. 7).

Die Zahl der Ohrenkranken ist in der russischen Armee eine ziemlich grosse: auf 1000 Soldaten kommen 7—8 Ohrenkranke. Im Quinquennium 1893—1897 kamen auf 1000 Erkrankungen 21,3 Ohrenkrankheiten: von 1000 Erkrankten starben 10,3 an Ohrenkrankheiten; 49,1 wurden durch dieselbe zum Militärdienst unfähig und entlassen; die Mortalität an Ohrenkrankheiten bildet in der russischen Armee 0,5 pCt. der allgemeinen Mortalität. In der Aetiologie der Ohrenkrankheiten spielen die traumatischen Verletzungen des Trommelfells durch Ohrfeigen eine bedeutende Rolle. Die kleine, im Sedletz'schen Lazareth vom Verf. gesammelte, Statistik zeigt, dass in 6 Jahren (1894—1899) bei 454 Ohrenkranken 28 (6,2 pCt.) traumatische Verletzungen des Trommelfells beobachtet wurden, von 100 Ohrenkranken verdankten also 6 ihr Leiden einem Schlage auf's Ohr. Verf. giebt darauf kurze Mittheilungen über 11 Patienten und kommt daraufhin zu folgenden Schlüssen:

1) Schläge auf's Ohr werden in der Armee am häufigsten von Unterofficieren und meistens im betrunkenen Zustande beigebracht.

2) Trommelfellrupturen werden sehr häufig von Ohreiterungen complicirt, die gewöhnlich einige Tage nach der Verletzung auftreten.

3) Zur Prophylaxe der eitrigen Erkrankungen des Mittelohres bei Trommelfellrupturen ist das Schneuzen der Nase, Ausspritzungen der Ohren und jegliche Eingiessungen in dieselben strengstens zu verbieten.

4) Die Prognose muss immer mit grosser Vorsicht gestellt werden, da Verheilung des Trommelfells und vollständige Herstellung des Gehörs nicht immer eintreten; die Verletzten müssen deshalb nicht selten als Unfähige aus dem Dienste entlassen werden.

5) In gerichtlich medicinischer Hinsicht darf die Trommelfellruptur nur dann als leichte Verletzung betrachtet werden, wenn das Trommelfell vollständig vernarbt und die Function des Gehörorgans vollkommen hergestellt ist. In allen anderen Fällen und besonders bei Labyrintherschütterungen, ist die Verletzung als eine schwere anzusehen.

W. Woloshaikin: «Ein Fall von syphilitischer dessiminirter Sclerose des Centralnervensystems». (Nr. 7).

G. Tschischulin: «Ueber die Bedeutung des Balantidium coli für Darmstörungen». (Nr. 7).

Verf. giebt zuerst eine kurze Beschreibung der Biologie dieses Parasiten, führt darauf die Krankengeschichten aller

70 bis jetzt beschriebene Fälle und 4 eigener Beobachtungen an und beschreibt darauf das klinische Bild der von diesem Parasiten verursachten Colitis und zuweilen auch Enterocolitis.

E. Orlow: «Die Malarie in Merw im Jahre 1899». (Nr. 7).

A. Dolmatow: «Ein Fall von ambulatorischem Automatismus hysterischen Characters». (Nr. 7).

Ein 23-jähriger Soldat ging aus der Kaserne in die Stadt, um Einkäufe zu machen. In dem belebtesten Stadttheile wurde ihm plötzlich dunkel in den Augen und, was weiter geschehn ist, kann sich Pat. nicht erinnern. Als er zum Bewusstsein kam, sah er, dass er sich im Felde, in einem ganz unbekannten Orte befindet (wie es sich später herausstellte, etwa 30 Werst von der Stadt entfernt). Auf dem ihm gezeigten Wege kam er in die Stadt zurück, wo er zu seinem grossen Erstaunen erfahren hat, dass er 7½ Mal 24 Stunden abwesend war. Was er im Laufe dieser Zeit gethan hat, wo er gewesen ist, womit er sich genährt hat und ob er sich überhaupt genährt hat, weiss Pat. nicht. Die Kleider und das Geld, die er mitgenommen hat, waren ganz. Die Abwesenheit von Schmutz auf dem Mantel und die schmutzigen Stiefel sprechen scheinbar dafür, dass Pat. die ganze Zeit auf den Füssen war. Der starken Kopfschmerzen, Ohrensausen, allgemeine Mattigkeit und kränklichen Aussehens wegen wurde der Soldat ins Lazareth gebracht. Bei der Untersuchung desselben fand man: fast vollständiges fehlen der Schmerz- und Temperaturempfindung auf der Haut der ganzen rechten Körperhälfte, Fehlen des Pharynxreflexes, ausgesprochene concentrische Verengung des Gesichtsfeldes. Auf dem Boden der Hysterie entwickelte sich also jene temporäre Psychose, die unter dem Namen des «ambulanten Automatismus» bekannt ist.

Schepilewski: «Ein Versuch der Anwendung des Ehrlich'schen Massstabes zur Bestimmung des Werthes des Antidiphtherieserums russischer Herstellung». (Nr. 7).

K. Kaltschewski: «Ein Fall von Tetanus traumaticus». (Nr. 7).

Die Krankheit betraf einen Pat. mit Arthritis, die sich als Complication von Abdominaltyphus entwickelt hat.

I. Kletschetow: «Ein Fall von Lepra anaesthetica». (Nr 7).

Snoiko: «Ein Fall von Lepra maculosa anaesthetica». (Nr. 7).

S. Olichow: «Ein Fall multipler Lipome». (Nr. 8).

23-jahriger, kräftig gebauter Kosak. Zahl der Lipome 81; fast ⅔ derselben befanden sich auf der hinteren Körperfläche, mehrere auf symmetrischen Körperstellen. Die Geschwülste incommodirten den Pat. nicht.

J. Sassaparel: «Behandlung der eitrigen Conjunctvitiden». (Nr. 8).

Unter der allgemeinen Benennung «eitrige Conjunctivitiden» versteht Verf. alle Entzündungen der Schleimhaut der Lider, die mit eitrigem oder schleimig-eitrigen Secret einhergehen. Da die Höllensteinbehandlung viele Unbequemlichkeiten hat, so versuchte Verf. die Schleimhaut mit Sublimat zu bepinseln und hat bessere Resultate bekommen. Um die Hornhaut zu schützen verwendet er das Sublimat in Form einer Vaselinsalbe, der er zur Schmerzlinderung Cocain hinzusetzt. Die Sublimatsalbe wird im Verhältniss von 1:1200 angewendet, mit der auch eine äussere Massage ausgeübt wird. Alle Conjunctivitiden heilen bei dieser Therapie rasch, ohne Complicationen, die Behandlung ist schmerzlos.

E. Banwetsch: «Eine neue Methode zur Bestimmung der Augenrefraction». (Nr. 8).

A. Belewitsch: «Behandlung des Trachoms mit Ichthyol» (Nr. 8)

B. befürwortet diese Behandlung, die schon vor 4 Jahren von Eberson vorgeschlagen wurde. Er beginnt die Behandlung mit 10 pCt.-iger wässriger Ichthyollösung (unter Zusatz von Glycerin) in Tropfenform; nach einiger Zeit geht er zur 20 pCt.-igen Lösung über; stärkere Lösungen werden nicht angewandt. Patienten, die dabei Brennen empfinden, kann man, besonders die ersten Male, zuerst Cocain in 1 pCt.-iger Lösung einträpfeln. Die Behandlung des Trachoms ist dabei meistens eine ambulatorische. Das Ichthyol wird 1—2 Mal täglich eingetröpfelt. Diffuse Infiltration bei nicht lange bestehendem Trachom schwindet unter dem Einfluss des Ichthyols weniger, als in einer Woche. Die Follikel werden allmählich kleiner, sie werden scheinbar resorbirt, neue bilden sich nicht und in günstigen Fällen wird die Conjunctiva nach 3—4 Wochen glatt. Die schleimig-eitrige Secretion hört sogar in vernachlässigten Fällen überraschend rasch auf. In seltenen Fällen trat die Heilung erst nach 1½—2 monatlicher Behandlung ein. Im Stadium der Narbenbildung ist eine Heilung des Trachoms selbstverständlich unmöglich, bringt aber auch hier einigen Nutzen.

A. Baltusewitz: «Beobachtungen über den Masernverlauf bei jungen Soldaten der kaukasischen Fremdvölker». (Nr. 8).

Bei angekommenen Mingreliern verliefen die Masern im Krewentschug'schen Lazareth mit schweren Complicationen: catarrhalischer Bronchopneumonie, Pleuritis und Pericarditis, die eine Mortalität von 25 pCt. ergeben haben. Bei Russen und einigen anderen Nationalitäten verliefen die Masern zu gleicher Zeit sehr leicht, bei fast indifferenter Behandlung (Expectorantia, hustenstillende Mittel). Durch den Einfluss des Klimas allein lassen sich die erwähnten Complicationen der Masern nicht erklären, da, nach den Beobachtungen von Subkowski, die Masern bei Bergvölkern auch in ihrer Heimath mit gleichen Complicationen verliefen.

W. Weljamowitsch: «Die Bergklimatischen und balneologischen Stationen in Borshom» (Nr. 8).

A. Grekow: «Das icterisch-haemoglobinurische Fieber in der Stadt Merw». (Nr. 8).

Die Krankheit kommt nur in malarischen Gegenden vor und äussert sich durch Fieber, Erbrechen, Icterus und schwarzen, blutigen Urin. Im Laufe eines Jahres beobachtete G. 95 Fälle desselben. Die Krankheit beginnt mit starkem Schüttelfrost, auf den nach 1—1½ Stunden starke Hitze (39—40°) folgt. Nach 1—2 Mal 24 Stunden fällt die Temperatur unter reichlichem Schweissausbruch. Die Apyrexie geht zuweilen in Heilung über, mehr aber als in der Hälfte der Fälle kommt nach 2—6 Stunden eine neue Temperatursteigerung, die gewöhnlich ca. 24 Stunden dauert. Selten kommt auf den zweiten Anfall ein dritter und vierter. Gleichzeitig mit der Temperatursteigerung tritt sehr hartnäckiges, unstillbares Erbrechen auf, dessen Ursache wahrscheinlich der Gallengehalt des Blutes ist. Gleichzeitig stellt sich icterische Verfärbung der Bulbi und darauf auch des allgemeinen Integuments ein, 1—2 Wochen nach dem Temperaturabfall schwindet der Icterus rasch. Bald nach dem Schüttelfroste, schon bei der ersten Harnentleerung ist der Harn von schwarzer, blutiger Farbe, die die Soldaten treffend mit Theer vergleichen. Im Beginn der Krankheit ist die Harnquantität in 24 Stunden 1000—1200 ccm. Mit dem Sinken der Temperatur steigt die Harnmenge und bekommt allmählich ihre normale Farbe. Die Harnverfärbung hängt von den Zerstörungsproducten der rothen Blutkörperchen ab, Gallenpigmente sind im Harn niemals vorhanden. Todesfälle sind vom Verf. 8 beobachtet worden, der Tod erfolgte am 3—4 Krankheitstage. Als Complication der schweren Formen wurde recht häufig (fast in 20 pCt.) bedeutende Verminderung der Sehschärfe bald nach der Krankheit beobachtet. Jeder, der die Krankheit ein Mal überstanden hat, ist, wenn er in der malarischen Gegend verbleibt, zu Recidiven disponirt. Die Krankheit steht in Beziehung zur Malaria; an ihr erkrankt nur der, wer früher schon an Malaria gelitten hatte. Die meisten Erkrankungen kommen in den kalten Monaten vor. Alle Patienten erlitten vor der Erkrankung eine starke Abkühlung. Langdauernder und häufiger Chiningebrauch praedisponiren zur Erkrankung. Die Anfälle derselben wurden folglich durch Combination 3 Monate hervorgerufen: der Malarie, des Chinins und Kälte. Bei der Behandlung der Krankheit ist Chinin nutzlos, vielleicht auch direct schädlich; in seinen Fällen suchte Verf. ohne Chinin auszukommen. Im Uebrigen ist die Behandlung eine symptomatische.

P. Botschkowski: «Eine Epidemie von Drüsenfieber» (Nr. 8).

Verf. beobachtete diese Epidemie am Ende des Jahres 1899 und im Beginn des Jahres 1900 unter den Soldaten des Tobolsk'schen Reservebatalions, im Ganzen 54 Kranke. Im Allgemeinen verlief die Krankheit identisch mit der Beschreibung derselben von Pfeiffer und anderen Autoren. Auf Grund einiger Thatsachen glaubt Verf., dass Drüsenfieber, Angina und Erysipel in engem Zusammenhange stehen und von ein und demselben Infectionsagens (Streptokokkus) verursacht sein können.

S. Iwanow: «Verdient das Xeroform den Namen» Jodoform der Zukunft?» (Nr. 8).

Verf. kam zu folgenden Schlüssen: Die antiseptischen Eigenschaften des Xeroforms sind sehr zweifelhaft. Bei

chronischen chirurgischen Erkrankungen und bei verunreinigten, stark eiternden Wunden ist es wenig wirksam. Das Xeroform steht dem Jodoform in allen Hinsichten meist nach.

J. Archarow: «Ueber die Grundlagen der inneren medicamentösen Therapie». (Nr. 8).

A. Sacher.

Djetskaja Medizina 1900. Nr. 5 und 6.

S. J. Ssokolow: «Zur Epidemiologie der Diphtherie». (5).

In einem der grössten Häuser Moskaus für unentgeltliche Wohnungen, in dem Hause der Gebrüder Bachruschin, in welchem 1211 Personen in 205 Zimmern untergebracht, sind in den letzten 2 Jahren 72 Diphtherieerkrankungen constatirt worden. Davon fallen auf 5 Wintermonate des ersten Beobachtungsjahres 61 Falle, aufgetreten in kleineren Epidemien, während im zweiten Jahr nur 11 sporadische Diphtheriefälle registrirt worden sind.

W. Potjechin: «Zur Frage über die Intubation und die Tracheotomie bei der Larynxdiphtherie». (Nr. 5).

Zusammenfassende Besprechung der im Moscauer St.-Wladimir Kinderhospitale im Jahre 1899 intubirten, resp. tracheotomirten Diphtheriekranken, wobei P. einige werthvolle Schlüsse giebt. Die intubirten Fälle gaben eine Mortalität von 24,5 pCt., während die Tracheotomie eine Mortalitätsziffer von 52 pCt. aufweist. Bei den tracheotomirten Kindern wurde die grösste Sterblichkeit bis zu 2 Jahren beobachtet, indem von 27 Kindern dieses Alters nur 3 genasen. Als Todesursache bei letzteren war 14 mal Herzlähmung, die übrigen Male eine Lungencomplication zu nennen, die im Allgemeinen häufiger nach Tracheotomie, als nach Intubation beobachtet wurde. Dagegen konnte P. die Wahrnehmung machen, dass Decubitus der Trachealschleimhaut relativ selten durch die Tuben hervorgebracht werde. Die Ausführung der Intubation ist nach P's Ansicht nicht leicht, verschiedene Zufälligkeiten können dabei selbst einem geübten Operateur zustossen und müsse stets eine gleich im Anschluss an einen Intubationsversuch vorgenommene Tracheotomie ins Auge gefasst werden und alles zu derselben vorbereitet sein. Die Pflege Intubirter ist im Wesentlichen nicht mühsamer, als diejenige Tracheotomirter. Intubirte Kinder bis zu 2 Jahren gewöhnen sich schnell an die Tube und vermögen bald sowohl flüssige als feste Nahrung frei zu schlucken; grössere Kinder dagegen sind absolut nicht im Stande Flüssigkeiten zu schlucken, da letztere stets in den Kehlkopf gelangen; um solches zu vermeiden, muss man entweder zur Zeit der Mahlzeit die Tube entfernen, oder ihnen nur feste Nahrung verabfolgen und Flüssigkeit, resp. Wasser per clysma zuführen.

A. A. Kissel: «Zur Frage über die Masturbation bei Kindern». (Nr. 5).

K. theilt 8 kurze Krankengeschichten mit aus seiner Praxis, wo eine Masturbation vorlag. Das Alter der Kinder war 8 Monate, 9 Monate, 1 Jahr 3 M., 2 Jahre 10 M., 7 Jahre, 8 und zwei 9 jährige Kinder. Dem Geschlechte nach waren es 2 Knaben und 6 Mädchen. In vier Fällen aus der letzten Beobachtungszeit konnte K. eine genaue Anamnese erfahren, und aus dem mitgetheilten lässt sich schliessen, dass hereditäre Veranlagung zur Masturbation gar nicht so selten ist. Die Eltern und namentlich Mütter dieser Kinder hatten gleichfalls in ihrer Jugend onanirt, waren geschlechtlich sehr erregbare Individuen; nebenbei war bisweilen Alkoholismus der Eltern und Grosseltern anamnestisch zu eruiren. In zwei Fällen wurde dieser Trieb zeitig von den Eltern bemerkt und die sofort dagegen ergriffenen Massnahmen waren erfolgreich, in einigen Fällen, wo namentlich Heredität eine Rolle spielte, blieb jegliche Therapie nutzlos. Wichtig ist es in practischer Beziehung zu wissen, dass bisweilen Kinder schon in den ersten Lebensmonaten zu onaniren anfangen, ein rechtzeitiges Einschreiten dagegen wird vermuthlich nicht resultatlos bleiben.

E. Arkin: «Ein Fall von ulcus durum bei einem 13-jährigen Mädchen». (Nr. 5).

Das ulcus durum hatte seinen Sitz am Kinn in der Mittellinie, ein seltener Platz für den Primäraffect im Kindesalter. Etwa 7 Wochen nach dem Auftreten des ersteren zeigte sich ein feines roseolapapulöses gemischtes Exanthem auf den Unterarmen, Abdomen, Brust und Rücken.

A. Kissel: «Ein Fall von Peritonitis tuberculosa bei einem zweijährigen Mädchen». Nach der Laparotomie sind 8 Jahre vergangen. Sie ist vollständig gesund. (Nr. 5).

Die Ueberschrift sagt alles.

A. Kissel: «Ein Fall von Noma (nach Masern) bei einem Knaben von 5 Jahren». Die Therapie bestand in der Ausschabung mit dem scharfen Löffel mit nachfolgender Einreibung von Jodoformpulver. Genesung. (Nr. 5).

Bereits die erste Ausschabung mit dem scharfen Löffel hatte ein Stillstehen des gangraenösen Processes zur Folge, der im gegebenen Falle mitten auf dem Oberkiefer über den 4 Schneidezähnen localisirt und durch sein Freiligen dem operativen Eingriff äusserst zugänglich war, was wohl in diesem Falle zu einem guten Ausgang sehr beigetragen hat.

L. P. Alexandrow: «Incarcerirte Hernien im Kindesalter». (Nr. 6).

Im Kindesalter kommen Leistenhernien recht häufig vor, dagegen gehören Einklemmungen derselben zu den selteneren Erscheinungen. In den 13 Jahren des Bestehens des Moscauer Olga Kinderhospitals waren 312 mal Leistenbrüche ambulatorisch beobachtet worden. Incarcerirte Hernien hat A. nur 10 mal zu Gesichte bekommen. In 6 Fällen handelte es sich um Kinder bis zu 2 Jahren. Schon Tariel hatte auf die relative Häufigkeit der Einklemmung von Leistenbrüchen bei Kindern bis zum 2. Lebensjahr hingewiesen, und wäre solches vermuthlich dadurch zu erklären, dass häufig angeborene Hernien zum zweiten Jahre wieder spontan verheilen und in den beiden ersten Jahren überhaupt Hernien am häufigsten beobachtet werden. Auch bei Neugeborenen sind Einklemmungen vorgekommen. Der jüngste Fall Vert's betraf ein 6 wöchentliches Kind. Die Ursachen zur Incarceration sind verschiedene: am häufigsten kommt es scheinbar im Kindesalter zur Incarceration acut entstandener Hernien, wobei eine starke Zunahme des Abdominaldrucks das primäre ist; durch die spastische Contraction des Muskelringes am äusseren Leistenring kommt es dann zur Einklemmung. Auch wird nicht so selten eine temporäre Einklemmung beobachtet, dank einem vorübergehenden Elasticitätsverlust des Bruchsackhalses. Zuweilen ist eine Irreponirbarkeit der Hernie, wenn Verwachsungen zwischen Darmschlingen und Bruchsack bestehen, oder wenn im Bruchsacke das Coecum mit dem Proc. vermiformis sich befinden, das hervorrufende Moment. Was die Symptome anbetrifft, so gehört zu den localen, die Unmöglichkeit den Bruch zu reponiren, zu den allegemeinen, die Erscheinungen des Darmverschlusses: Erbrechen, Meteorismus, Obstipation, allgemeiner Kräfteverfall und Pulsschwäche, Temperaturerhöhung. In einem Falle A's bestanden dünnflüssige häufige Stühle, und wurden diese wässrigen Entleerungen offenbar durch venöse Stauung bei nicht vollständigem Darmverschluss hervorgerufen.

Es gelingt gewöhnlich bei Kindern leicht eine Reposition der incarcerirten Hernie vorzunehmen, freilich ist meistens die Chloroformnarkose dazu erforderlich; letztere hebt die spastische Contraction der Bauchmusculatur auf, welche in der Entstehung der Incarceration grosse Bedeutung besitzt. Zunächst wird eine Reposition ohne Narcose versucht, und hat man nicht sehr bald Erfolg, so muss zu Chloroform gegriffen werden. Von den 10 Fällen A's gelang eine Reposition 2 mal ohne Narcose, 4 mal in Narcose. 2 mal kam es zu einem chirurgischen Eingriff. 2 Kranke entzogen sich der Behandlung und ist ihr Schicksal unbekannt geblieben. In der Radicaloperation besitzen wir einen vorzüglichen therapeutischen Factor, der zugleich mit dem Beseitigen der Einklemmung den Kranken auch von seinem Bruche befreit. In veralteten Fällen, bei grossen Hernien, die lange bestehen muss die Radicaloperation vorgenommen werden. Bei kleinen Kindern, wo eine Incarceration einer acut entstandenen Hernie vorliegt, braucht man nicht mit der Radicaloperation zu eilen, da sehr häufig eine Reposition mit nachfolgendem Tragen einer Bandage zur Heilung führt.

N. M. Lapiner: «Zur Symptomatologie und Pathogenese der Tetanie». (Nr. 6).

Der von L. mitgetheilte Fall zeichnet sich aus durch ein Symptom, welches bis dahin noch nicht beobachtet worden, und das durch die neusten Anschauungen über das Wesen der Tetanie eventuell erklärt werden könnte. Es handelte sich um einen 10 Monate alten, leicht rhachitischen Knaben, der am 6. August an einer acuten Enteritis erkrankt war, welche dank sofort vorgenommener Massnahmen nach 2 Tagen wieder schwand. Am 10. August entwickelte sich plötzlich das vollständige Bild der Tetanie, mit Contracturen der Extremitäten, dem Trosseau'schen und Chvostek'schen Phänomen. Daneben bestand aber noch folgendes: man bemerkt ein heftiges Springen der Herzgegend, zusammen mit der linken oberen Extremität, welche dem Thorax angedrückt liegt. Die Amplitude dieser Bewegung, welche synchron mit dem Puls und der Herzsystole, ist recht bedeutend. Die Herztöne sind rein, der Puls 92 bis 96 in der Minute. Dieses Bild hält sich unverändert 2 Tage, dann verschwinden plötzlich alle Tetanieerscheinungen. Am 13. August Morgens ist

wiederum die Tetanie in voller Blüthe, um dann allmählich zu verschwinden, am 18. tritt dann Genesung ein.

Dieses Springen der Herzgegend, welches von einer überaus forcirten Herzthätigkeit hervorgerufen wurde, wie man es durch die auf den Thorax gelegte Hand sich überzeugen konnte, möchte nun L. folgendermassen erklären. Die neusten Forscher auf dem Gebiete pathologischer Anatomie Tetaniekranker fanden bei dieser Krankheit in dem oberen Theile des Rückenmarks eine Hyperaemie, und daneben degenerative Veränderungen in den Zellen der Vorderhörner des Hals- und Lendentheils des Rückenmarks. Die degenerativen Processe im Halstheil spielen sich nun gerade in der Partie des Rückenmarks ab, die eine wesentliche Beziehung zum Herzen hat, indem dort diejenigen Nerven ihren Ursprung nehmen oder durchtreten, welche die Systole des Herzens beschleunigen resp verstärken. Da nun die Thatsache feststeht, dass degenerative Processe im Nerven zu Beginn seine Erregbarkeit erhöhen, kann man das Symptom der forcirten Herzaction bei Tetanie eben durch Veränderungen im Halstheil des Rückenmarks erklären.

G. N. Speranski: «Ein Fall von ulceröser Angina mit den Bacillen Vincent's». (Nr. 6).

Das 5 Jahre alte Mädchen wurde mit der Diagnose Diphtherie ins Hospital aufgenommen. Bacteriologisch jedoch wurde ein Fehlen der Löfflerbacillen, dagegen das Vorhandensein von Bacillen Vincent's und wenigen Staphylo- und Streptococen nachgewiesen.

M. O. Lapin: «Ein Fall von Chorea paralytica». (Nr. 6).

Das an typischer Chorea ercrankte 13 a. n. Mädchen befand sich bereits einige Zeit unter Spitalsbeobachtung seitens L's, als sich allmählich Lähmungserscheinungen einstellten. Zunächst wurde Pat. unruhig, weinerlich und begann undeutlich zu sprechen, bald hörte sie mit demselben ganz auf; die choreatischen Zuckungen verloren allmählich ihre Intensität: dafür trat aber progressiv ein Schwächezustand der Extremitäten auf, zunächst rechterseits sich stärker äussernd, dis die Pat. jede Mobilität der Extremitäten verlor und bewegungslos im Bette lag. Beim Versuch die Arme zu heben treten geringgradige Zuckungen der Finger auf. Bei der Phonation kann ein insufficienter Verschluss der Stimmbänder constatirt werden. Zur selben Zeit trat auch ein systolisches Geräusch am Herzen auf. Die geschilderten Krankheitserscheinungen begannen etwa 6 Wochen nach dem Momente der Erkrankung. Nach circa 4 Wochen unverändertem Bestehen kam es zu allmählicher Besserung, die dann langsam in Genesung überging. Das Herzgeräusch blieb. Anamnestisch war ein Gelenkrheumatismus im Jahre vorher zu eruriren. Ausserdem hat Patientin noch noduli rheumatici an den Handrücken und an der äusseren Seite des linken Ellenbogens.

J. Nesterowski: «Ein Fall von angeborener Missbildung der oberen Extremität». (Nr. 6).

Die linke obere Extremität des sonst gesunden 1 a. n. Knaben bot folgende Verhältnisse: Die rudimentäre Extremität besteht aus einer kleineren Scapula und kleinem Schultergelenk, daran schliesst sich ein bedeutend verkürzter humerus und ein Ellbogengelenk von denselben Dimensionen, Die Extremität besitzt einen einzigen Finger mit 4 Gelenken und einem wohlausgebildeten Nagel, an der Basis dieses Fingers lassen sich unter der Haut kleine Knochentheile durchfühlen, so dass man den Eindruck gewinnt, als befinde sich in der Haut versteckt eine Miniaturhand. Active Beweglichkeit ist vollkommen frei. Nebenbei bestand noch eine Polydactylie der rechten Hand, und zwar hatte der Daumen zwei Endphalongen, die gabelförmig auf der ersten Phalanx ruhten, jede mit einem gut entwickelten Nagel.

T. Krassnobajew: «Synovitis luetica des rechten Fussgelenks, die bei dem 7 monatlichen Kinde im stadium papulosum zur Entwicklung gekommen. Calomeltherapie». Genesung. (Nr. 6).

Die acut entstandene Schwellung und Schmerzhaftigkeit des rechten Talocruralgelenks bei dem vorzüglich ernährten Kinde konnte K. vermuthungsweise erst erklären, als nach einer gründlichen Untersuchung des Kindes auf der Zungenoberfläche confluirende Papeln, die stark an syphilitische plaques erinnerten, entdeckt wurden. Anamnestisch keinerlei Angaben auf Lues. Eine probeweise eingeleitete Calomeltherapie innerlich brachte sowohl die plaques, als nach einiger Zeit auch das Gelenkleiden zum Schwinden, und die wahre Natur des Leidens war dadurch klargestellt.

D. Lewitzki: «Zur Casuistik der Vergiftungen im Kindesalter». (Nr. 6).

Das 8-jährige Mädchen wurde 2 Stunden nachdem es ein Stück einer Pflanzenwurzel gegessen hatte, welche sich als herrührend von einer Zimmerpflanze «arma» erwies und grosse Aehnlichkeit mit einem Kohlstumpf besass, ins Hospital gebracht mit stechenden Schmerzen im Munde und längs der Speiseröhre, undeutlichem Sprechen in Folge von Schmerzen und starkem Speichelfluss. Erbrechen fehlte. Das Epigastrium war druckempfindlich, die Zungen- und Mundschleimhaut geröthtet, der weiche Gaumen und Uvula geschwollen.

In den nächsten drei Tagen war die Temperatur subfebril, das Kind leicht somnolent. appetitlos und klagte zeitweilig über Schmerzen im Abdomen. Darmfunctionen waren normal. Der Fall endete mit Heilung der Pat. innerhalb 8 Tagen.

D. Lewitzki: «Ein Fall von Hysterie bei einem 12-jährigen Knabe». (Nr. 6).

Bald nach einem Sturze von der Schaukel zu Boden, wonach der Knabe etwa 2 Stunden bewusstlos liegen blieb, begann Pat. ohne irgend welchen Grund schwächer zu werden. indem er sichtbar die Bewegungen seiner Extremitäten nicht mehr gut beherrschte, unsicher mit den Händen nach den Gegenständen griff, schwerfällig ging, die Füsse stark in den Knieen beugend. Diese Erscheinungen nahmen progressiv zu, dabei wurde das Stottern, an welchem Pat. von klein auf litt, deutlicher, so das lautes Lesen ihm unmöglich wurde. Etwa 8 Monate nach dem obenerwähnten Sturze stellen sich klonische Krämpfe in der oberen und unteren linken Extremität ein, die den Veranlassungsgrund zur Internirung des Knaben ins Hospital abgaben.

Bei der Aufnahme klagte der im allgemeinen gut ernährte und kräftig entwickelte Knabe über Schmerzen im linken Bein, dasselbe ist schwer passiv zu beugen und weist leichten Tremor auf. Ohne Unterstützung kann der Knabe nicht gehen. Das Nervensystem bot vollkommen erhaltene Sensibilität, beim Fusssohlenreflex erhält man linkerseits unbedeutende Extension der grossen Zehe neben Flexion der übrigen Zehen, welche am rechten Fuss auf alle fünf sich erstreckt. Links besteht Fussclonus, und ist der Patellarreflex stärker als rechts, der Cremasterreflex ist dagegen rechts deutlicher als links. Die ersten 3 Tage des Aufenthaltes im Hospital fanden beinahe unaufhörlich Krampfanfälle statt, in 24 Stunden bis zu 100 Male, die mit geringen Abweichungen, immer dasselbe Bild boten, das etwa folgendes war: Das linke Bein wird langsam gehoben, beschreibt im Knie leicht gebeugt einen Bogen und bleibt dann seitwärts liegen. Gleich darauf setzen kleine, klonische Krämpfe, an Zittern erinnernd, zunächst im Fuss ein. Der Kopf wird nach links gedreht bei stark gespannten mm. stern.-cl.-mast und namentlich des m. cucullaris. Die linke obere Extremität wird mit gesprengten Fingern in die Luft ausgestreckt. Alsdann pflanzen sich die clonischen Krämpfe. die im Fuss begonnen hatten, auf den ganzen Körper fort, ausgenommen die rechte obere Extremität und den Kopf. Die linke Hand wird zur Faust gebeugt, die ausgestreckte Extremität wird mitten im Anfalle heruntergelassen, und mit der rechten Hand beginnt Pat. sich am Bettrand festzuhalten. Die Muskeln der Extremitäten linkerseits und theilweise am Halse sind gespannt, die rechte untere Extremität betheiligt sich mit gespannten Muskeln, wenn auch weniger intensiv an den Krämpfen. Nach etwa 2 Minuten hören die klonischen Krämpfe auf, und einige Zeit bleibt nur noch ein tonischer Contractionszustand der betheiligt gewesenen Muskelgruppen. Bald erfolgt das Ende des Anfalls, mit einem tiefen Inspirium erschlaffen das Bein, der linke Arm und Hals, im linken Fuss treten wieder kleine, schnell verschwindende Zuckungen ein. Am spätesten kommt zur Ruhe die linke obere Extremität und hier nimmt der Anfall sein Ende mit einigen Drehbewegungen im Handgelenk. Das Bewusstsein ist vollständig erhalten, während des Anfalls antwortet Pat. auf die Fragen, wenn auch mit Mühe; ist er ohne Aufsicht, so schreit er laut.

Am vierten Tage des Hospitalaufenthaltes hörten die Krampfanfälle ganz plötzlich auf, etwa 6 Tage später begann der Knabe ganz plötzlich zu gehen, und der Besserungszustand hielt auch während der übrigen folgenden 2 Monaten seines Aufenthalts im Krankenhaus an. Krämpfe waren nicht wieder eingetreten.

A. Kissel: «Mitismus hystericus bei einem 10-jährigen Mädchen». (Nr. 6).

Das nervös veranlagte Mädchen wurde eines Abends von der Mutter gescholten und geschlagen, wonach es ruhig eingeschlafen war, etwa zwei Stunden darauf wachte es auf, begann ziemlich tonlos zu schluchzen und hatte absolut das Vermögen zu sprechen verloren. Die erschreckten Eltern brachten es sofort in der Nacht zum Arzte, unterwegs be-

gann es undeutliche Laute von sich zu stossen, die an Worte erinnerten, und nach 2 Stunden beruhigte es sich und gewann die Sprache wieder. Als K. Pat. zwei Tage später zu Gesichte bekam, sagte Pat., die über ihren Zustand vollkommen klar berichten konnte, dass in der Nacht sie keine Silbe sprechen konnte, weil die Zunge sich nicht bewegen wollte. Zur selben Zeit hatte sie auch Erscheinungen an sich empfunden, die man als globus hystericus bezeichnen kann.

M. O. Lapin: «Ein Fall von Bronchiectasie bei einem 10 Jahre alten Knaben mit Ausgang in Gangraen. Exitus letalis». Section (Nr. 6).

Der Fall bietet Interesse dadurch, dass der Krankheitsprocess nur einseitig vorhanden war. Der Tod erfolgte durch Gangraen der Lunge und Pericarditis. Interessant war auch die Beobachtung, dass die stark ausgeprägte kolbenförmige Auftreibung der letzten Phalangen der Finger und Zehen, nach dem Tode vollständig geschwunden war, was natürlich gegen irgendwelche bestehende Knochenveränderung spricht.

A. Kissel: «Ein Fall von einem fünf Monate langen Verweilen eines Fremdkörpers in der Trachea eines 3-jährigen Knaben». (Nr. 6).

Die Diagnose wurde erst gestellt, als beim Knaben während eines starken Hustenanfalls ein gequollener Sonnenblumensamen expectorirt wurde, der etwa 5 Monate in der Trachea sich befunden haben muss, ohne andere Symptome als kurzen, heiseren Husten zu bieten, der jeder Therapie trotzte. Für einen Fremdkörper waren keinerlei Anhaltspunkte bei der vorher mehrfach vorgenommenen Untersuchung gegeben, trotzdem von den Eltern angegeben wurde, dass beim Kinde, welches vor kurzem den Keuchhusten durchgemacht, sich ein besonderer, heiserer Husten nach dem Essen einer Nuss, an der es sich verschluckte, eingestellt hatte.

A. Kissel: «Ein Fall von ungewöhnlicher Weichheit sämmtlicher Skelettknochen» (osteomalacia) bei einem zweijährigen mit Mutterbrust aufgezogenen Kinde. Rachitis.

Das Kind hatte sich in durchaus günstigen hygienischen Verhältnissen befunden, so dass es wunderbar erscheint, dass bei diesem Kinde sich eine so schwere Rachitis entwickelt hatte mit Knochenerweichungen stärksten Grades, sofern es doch, wie Verf. betont, bis zum zweiten Lebensjahre gut im Stande war und beinahe 2 Jahre mit Mutterbrust ernährt wurde.

Hecker.

Russki Shurnal koshnych i wenericzeskych bolesneij. (Journal russe des maladies cutanées et vénériennes). Januar.

Sibirski. «Ueber Hautveränderungen bei Abdominaltyphus».

Verf. untersuchte bei 44 an Typh. abd. Verstorbenen die Haut an Handtellern und Fussohlen auf das zuerst 1893 von Filipowicz als für diese Krankheit characteristisch beschriebene Symptom von gelber bis Orange-Verfärbung.

Die Fälle vertheilten sich ziemlich gleichmässig auf die 4 ersten Wochen der Erkrankung. Zur Controlle wurden Hautstücke aus Handtellern und Fussohlen von 4 an Unglücksfällen resp. Selbstmord Verstorbenen untersucht. Die Resultate, zu denen Verf. am Schluss kommt, sind folgende:

1) Die in Rede stehende Verfärbung ist bedingt durch Ablagerung von Blutpigment.

2) Sie ist nicht characteristisch für Typhus (findet sich nur bei 34 pCt. der Fälle) und lässt sich auch bei Personen, die an anderen Krankheiten verstorben waren, nachweisen.

3) In der Milz von Typhusleichen findet sich Blutpigment in grosser Menge. Verf. sieht darin einen Hinweis auf gesteigerten Zerfall von Erythrocyten während der Krankheit. Seiner Meinung nach ist die Menge des Pigments proportional der Dauer der Krankheit. In der Leber wird ebenfalls Pigment gefunden, doch nicht in allen Fällen.

4) Im Verlaufe des Typhus erleidet das elastische Gewebe der Haut und der Hautgefässe eingreifende Veränderungen, die im Verlust der Färbefähigkeit und körnigem Zerfall bestehen; ein Theil der elastischen Fasern geht vollkommen unter.

5) Die genannten Veränderungen sind am elastischen Gewebe der Gefässe deutlicher, als an dem der Haut, treten in Erscheinung in der 3. Woche und nehmen im Verlaufe des Leidens zu. Bis 9½ Wochen nach Beginn noch keine Regeneration.

Selenew. «Zur Frage vom gleichzeitigen Bestehen mehrerer Keratosen; ein Fall von Psoriasis cornea s. hystrix.

Interessanter Fall von Psoriasis, wo an Stelle der Schüppchen Neubildungen auftraten, die einerseits an Ichthyosis cornea erinnerten, andererseits richtige Cornua cutanea waren. Die Neubildungen bestanden stellenweise aus dicken, steinharten Hügeln aus Hornhautanhäufungen, die reihenweise die Hautoberfläche bedeckten, stellenweise aus lockeren, perlmutterglänzenden psoriatischen Schuppen, stellenweise aus hornartigen, geschichteten, dazwischen auch bräunlich verfärbten, kegelförmigen Auswüchsen.

Sie entstanden rasch und vergingen ohne narbige Atrophie der Haut zu hinterlassen, nur hinterblieben bisweilen pigmentirte Flecke.

Tarnowsky. «Atypische Syphilisformen».

Bei Durchsicht seines, sich über 40 Jahre erstreckenden, Krankenmaterials kommt T. zur Ueberzeugung, dass in der Mehrzahl der Fälle die ererbte Immunität gegen Syphilis bei den Nachkommen von Syphilitikern bisweilen schon in der Kindheit erlischt, meistens aber erst in der Zeit der Pubertät verloren geht, so dass dann die betr. Individuen Syphilis acquiriren können. T. schlägt vor, die S. solcher Leute, die die ererbte Immunität später wieder verloren haben, als S. binaria zu bezeichnen. Dieselbe kann entweder wie jede acquirirte S. verlaufen, oder aber atypisch. In letzterem Falle unterscheidet T. 3 Erscheinungsformen: die abortive die gutartige und die atypische sensu strict ausgezeichnet durch unregelmässige Reihenfolge des Auftretens der Symptome und Anomalien des Verlaufes. Für jede dieser genannten Formen bringt T. interessante Krankengeschichten. Wesentlich unterscheiden sich gewöhnliche S. acquisita und S. binaria, in welchen Formen letztere auch auftreten mag, durch den deletären Einfluss, den die S. binaria auf die Nachkommenschaft ausübt — erhebliche Zunahme der Aborte und Todtgeburten. Durch letzteren Umstand glaubt T. auch das Aussterben verschiedener Volksstämme, bei denen die S. endemisch ist, erklären zu können.

Poltawzew. «Veränderungen der Schilddrüse bei Syphilitikern».

P. unternahm regelmässige Messungen des Halsumfanges bei 85 Syphilitikern, von denen die Hälfte erst den harten Schanker, die andere beginnende Allgemeinsymptome zeigte. In keinem der Fälle konnte ein sog. syphilitischer Kropf nachgewiesen werden. Unbedeutende Vergrösserung wurde bei 41 pCt. constatirt; dieselbe begann meist im Beginn der Secundärperiode und lief parallel der Intensität der secundären Erscheinungen. Meist wurden dabei gleichzeitig Veränderungen der Herzthätigkeit beobachtet (worin letztere bestanden, wird nicht gesagt). (Fortsetzung folgt).

Smirjagin. «Blutveränderungen bei Syphilitikern in der Spätperiode».

Nur die Einleitung. (Fortsetzung folgt).

Lanz. «Beitrag zum augenblicklichen Stand der Frage der Therapie des acuten Trippers beim Manne».

L. hat die besten Resultate bei Spül- resp. Injectionsbehandlung entweder in der allerfrühesten Zeit nach der Infection, oder nach Ablauf des Stadium Acme erhalten. Welche von beiden Behandlungsmethoden angewandt wird, hängt vom Falle ab. L. warnt vor örtlicher Behandlung im Stadium der grössten Reizung und empfiehlt in demselben die Darreichung von Balsamicis, um dann baldmöglichst zur Localtherapie überzugehen. Für die Injectionen giebt er eine besondere 20 ccm. haltende Glasspritze mit Gummiballon an, welche vollkommen sterilisirbar ist. (Fortsetzung folgt).

Wichert.

Дозв ценз. Спб., 29 Марта 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenhofer Pr. № 15.

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 4. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1901.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Archiw psichiatrii, neirologii i ssudebnoj psichopatologii (Archiv für Psychiatrie, Neurologie u. gerichtl. Psychopathologie).
Bolnitschnaja gaseta Botkina (Botkin's Hospitalzeitung).
Chirurgia (Chirurgie).
Djetskaja Medizina (Pädiatrische Medicin).
Jeshenedjelnik (Wochenblatt).
Ljetopijss russkoi chirurgii (Annalen der russisch. Chirurgie).
Medizina (Medicin).
Medizinskoje obosrenje (Medicinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Russkij Archiw Patologii, klinitscheskoi Mediziny i Bacteriologii (Russ. Archiv für Pathologie, klin. Medicin u. Bacteriologie).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Westnik klinitscheskoj i ssudebnoj psichiatrii i neiropatologii (Zeitschrift für klinische und gerichtliche Psychiatrie und Neuropathologie).
Westnik obschtschestwennoj gigieny, ssudebnoj i praktitscheskoj mediziny (Zeitschrift für öffentliche Hygiene, gerichtliche und praktische Medicin).
Wojenno-medizinskij shurnal (Militär-medicinisches Journal).
Wratsch (Der Arzt).

Wojenno-Medizinsky Shurnal. Sept.—Decbr. 1900.

W. Didrichson: «Zur Casuistik der Hirnabscesse». (Nr. 9.)

In dem vom Verf. beobachteten Falle wurden bei der Section mehrere zerstreute Abscesse im Occipital-, Stirn- und Schläfenlappen gefunden, die sich wahrscheinlich durch Verschleppung von Thromben aus einem früher bestandenen, nicht völlig resorbirten Herde croupöser Pneumonie entwickelt haben. Die Abscesse riefen intra vitam absolut keine Erscheinungen hervor; plötzlich waren beim Pat. Bewusstlosigkeit und andere Symptome einer Gehirnaffection aufgetreten, an denen er gestorben ist.

P. Koltschin: «Zur Casuistik der operativen Behandlung der Aneurysmen durch Exstirpation des Sackes». (Nr. 9.)

Verf. operirte ein Aneurysma der rechten Art. poplitea von der Grösse zweier Fäuste eines erwachsenen Mannes durch Exstirpation des Sackes mit Unterbindung des centralen und peripheren Arterienendes. Am 32. Tage nach der Operation ist starke Blutung aus dem centralen Ende der Art. poplitea eingetreten, das wieder unterbunden wurde. Trotzdem ist der Pat. bald gestorben. Als Ursache der Blutung betrachtet Verf. den eitrigen Zerfall des Thrombus, der sich bei der Arterienunterbindung gebildet hatte.

P. Ljubomirow: «Ein Fall von Leberechinokokkus mit Durchbruch der Cyste in die Gallenwege und Ausscheidung der Echinokokkusblasen mit den Fäces durch den Darmcanal». (Nr. 9.)

D. Dubelir: «Internationaler Congress in Neapel zur Bekämpfung der Tuberkulose». (Nr. 9.)

J. Barro: «Beiträge zur Kenntniss der Wirkung der Zechozinschen Mineralwässer». (Nr. 9.)

Durch Vergleich der Behandlungsresultate in Zechozinka und Staraja Russa fand Verf., dass von den Krankheitsformen, welche in diesen beiden Curorten in annähernd derselben Zeit behandelt wurden, die Scrophulose anscheinend bessere Resultate in Staraja Russa, die Krankheiten der Bewegungsorgane mit besserem Erfolge in Zechozinka behandelt werden, Hautkrankheiten in Staraja Russa; die Behandlung der Syphilis giebt gleich gute Resultate in beiden Curorten.

A. Wirschubski: «Die neuesten Angaben über die Wirkungsweise und Anwendung der Quecksilber- und Eisenpräparate». (Nr. 9.)

Uebersicht der diese Fragen betreffenden Literatur.

M. Steinberg: «Ueber den Einfluss der gegenwärtigen Bewaffnung auf die Organisation der ersten Hilfe im Kriege». (Nr. 9.)

Krotow: «Ein Fall von Extraction eines Stahlstückes aus dem Glaskörper mittelst des Hirschberg'schen Electromagneten». (Nr. 9.)

Der Stahlsplitter war 3 Mm. lang und 1 Mm. breit und wog $3^1/_2$ Mg. Der Erfolg war ein vollkommen befriedigender. Obwohl es nicht gelungen ist, eine vollkommene Herstellung der Sehschärfe zu erzielen, so war schon das von Wichtigkeit, dass das verletzte Auge nicht enucleirt werden musste, was in den meisten Fällen, in denen der Electromagnet nicht angewandt wird, nothwendig wird.

N. Saltykow: «Die chirurgische Klinik von Prof. Kocher in Bern». (Nr. 9.)

Archipow: «Ein Fall von Paranephritis». (Nr. 9.)

N. Michailow: «Ein Fall von Unterbindung der Art. subclavicularis». (Nr. 9.)

M. Dachnewski: «Calculus glandulae submaxillaris». (Nr. 9.)

Pachomow: «Mechanismus der Accomodation». (Nr. 9.)

B. Demidowitsch: «Ein Fall angeborener Luxation beider Linsen bei einem Kurzsichtigen». (Nr. 9.)

Der Betreffende wurde in den Militärdienst aufgenommen. Bei der Untersuchung des Augenhintergrundes wurden beim Pat. ausserdem eine Sclero-chorioiditis posterior und eine chronische Chorioiditis disseminata gefunden.

P. Poper: «12 Fälle von Rotz beim Menschen». (Nr. 10.)

Bei keinem konnte die Eingangspforte des Rotzgiftes aufgefunden werden: die Patienten hatten weder Haut- noch Schleimhautverletzungen. Rotz der Nase hat Verf. nie beobachtet. Das klinische Bild der acuten Rotzerkrankung ist sehr mannigfaltig und hat im Anfang nichts Charakteristisches. In 2 Fällen verlief die Krankheit anfangs unter dem Bilde einer croupösen Pneumonie, in 4 unter dem Bilde eines acuten Gelenkrheumatismus. Die Diagnose ist natürlich sehr schwer bis zum Auftreten auf dem Gesichte und am ganzen Körper der für Rotz charakteristischen Pusteln, die an Pockenpusteln erinnern, von denen sie sich jedoch durch das Fehlen der centralen Delle unterscheiden. Noch schwieriger ist die Diagnose, wenn die Krankheit sich im intermusculären Zellgewebe der einen oder anderen Körperregion localisirt in Form kleiner diffuser Verhärtungen, die darauf in Eiterung übergehen. Verf. beobachtete 4 derartige Fälle. Beim chronischen Rotz erscheinen auf der Haut und im intermuskulären Zellgewebe auf verschiedenen Körperstellen ebensolche, darauf vereiternde, Verhärtungen. Pat. magert immer mehr ab; das gegen Ende der Krankheit auftretende hektische Fieber raubt ihm die letzten Kräfte: bald treten Störungen der Verdauungsorgane auf und Pat. stirbt in Folge allgemeinen Marasmus. Die Disposition zur Erkrankung ist beim Menschen keine grosse. Prognose sehr schlecht: alle 12 Patienten starben.

P. Gorski: «3 Fälle von Complication der Influenza mit Orchitis». (Nr. 10.)

Der Verlauf dieser Orchitiden ist ein ziemlich eigenthümlicher. Sie treten am 5.—7. Krankheitstage auf. Eine Epidi-

dymitis geht ihnen nicht voraus. Die Hodenschwellung trat in allen Fällen plötzlich auf, vergrösserte sich rasch, blieb 1—2 Tage auf ihrer Höhe und schwand darauf allmählich. Die Schmerzen waren sehr stark, beim geringsten Druck schrien die Patienten laut auf. Die Temperaturcurve ging parallel mit der Orchitisentwickelung; mit dem Auftreten der Hodenschwellung steigt die Temperatur plötzlich und rasch bis auf 39—40°. Auf dieser Höhe bleibt sie 2—3 Tage und fällt darauf kritisch ab, in 1—2 Tagen kommt sie wieder zur Norm. Mit dem Temperaturabfall werden auch die Schmerzen geringer und die Hodenschwellung nimmt ab. Alle 3 Fälle gingen in vollständige Heilung über. Die Behandlung war rein symptomatisch: ausser Chinin und Antifebrin wurde in den Hodensack 2—3 Mal täglich graue Quecksilbersalbe eingerieben. Die Patienten blieben im Bett und bekamen ein Suspensorium mit einer dicken Watteschicht, so dass die Hoden die ganze Zeit sich wie in einer feuchten Compresse befanden.

N. Makarow: «Die freien Arbeiten der Soldaten vom medicinischen Standpuncte». (Nr. 10.)

B. Schapirow: «Ueber die Nothwendigkeit der Reorganisation der Quarantaine». (Nr. 10.)

S. Mark: «Zur Parasitologie der Malaria im Taschkentschen Bezirke». (Nr. 10.)

S. Alferow: «Ein Fall von Ectopie der Hoden». (Nr. 11.)

Bei einem zur Untersuchung zugeschickten Soldaten fühlten sich die Hoden in den Inguinalgegenden durch, als weiche Körper von der Grösse einer kleinen Pflaume: sie lagen ziemlich oberflächlich bei den äusseren Oeffnungen der Leistencanäle, vor der vorderen Wand derselben. Ein in den Leistencanal eingeführter Finger erreichte leicht die innere Oeffnung desselben, die jedoch verschlossen war. An dieser Stelle konnte man den Samenstrang fühlen, der im Leistencanal selbst fehlte. Es ist deshalb anzunehmen, dass die Hoden an die Stelle, an der sie sich befanden, nicht durch den Leistencanal gelangt sind, sondern durch die vordere Wand desselben in der Höhe seiner inneren Oeffnung, wobei sie natürlich die Schichten vorstülpen mussten, die die vordere Wand des Leistencanals bilden, d. h. die beiden Musculi obliqui abdominis. Es bestand also in diesem Falle keine Verhaltung der Hoden auf dem Wege des normalen Durchtrittes derselben aus der Bauchhöhle in den Hodensack, d. h. keine Retentio testiculorum, sondern eine Ectopie oder Aberration derselben.

W. Mysch: «Luxatio claviculae acromialis supraspinata und die operative Behandlung der Schlüsselbeinluxationen». (Nr. 11.)

W. Nemtschenkow: «Ein Fall von Milzbrand, geheilt durch Injectionen einer 5proc. Phenollösung». (Nr. 11.)

Nach ausführlicher Beschreibung des Falles kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Die Ausschneidung des Milzbrandcarbunkels ist nicht immer möglich, da seine Lage es oft nicht erlaubt, abgesehen davon ist sie in Folge früh eintretender Allgemeininfection unzuverlässig.

2) Trotz des 6. Tages der allgemeinen Milzbrandinfection wurde der Krankheitsprocess durch energische Injectionen einer 5proc. Phenollösung zum Stillstand gebracht.

3) Da dieser Fall die 5jährigen Beobachtungen des Verfassers über diese Behandlungsmethode der Infectionskrankheiten überhaupt und speciell des Milzbrandes bestätigt, so kann er nicht als einziger Fall betrachtet werden.

4) Während die 2proc. Phenollösung für die Mikroben zu schwach ist und durch ihre leichte Resorption den Menschen vergiftet, zerstört die 5proc. Phenollösung den Infectionsstoff und, indem sie mit den Geweben des Organismus in Verbindung tritt, vergiftet sie den Menschen nicht, sogar in Quantitäten, die 25 Mal höher sind als die Maximaldosis.

Dibailow: «Zur Frage der Behandlung der croupösen Pneumonie». (Nr. 11.)

Die Beobachtungen an 56 Patienten brachten den Verf. zur Ueberzeugung, dass zur Heilung dieser Krankheit die symptomatische Behandlung vollkommen genügt. Von seinen Patienten starb nur 1 (1,78 pCt.).

J. Kurkowski: «Drei Fälle von Dislocation der Niere». (Nr. 11.)

Alle gewöhnlichen Ursachen der Nierendislocation: Trauma, Geburten, Enteroptosis, rasche Abmagerung, fehlten. Bei allen Patienten bestand dagegen eine neuropathische Heredität. Die Nierendislocation verursachte bei Allen reflectorischen Schmerz im linken Hypochondrium und Herzklopfen, welches sich bei einer Pat. bis zu einer wahren Tachycardie mit einem Puls von 160 Schlägen in der Minute und starker Dyspnoe steigerte. Die Selbstdislocation der Niere spielte nach der Ansicht des Verfassers in der Entwickelung dieser reflectorischen Schmerzen nicht die Hauptrolle; es war dazu eine besondere Disposition, d. h. ein schwaches Nervensystem nöthig. Die Behandlung kann sich deshalb mit Mitteln gegen die Dislocation nicht begnügen, sie muss auch den Allgemeinzustand der Pat. und sein Nervensystem berücksichtigen. Eine chirurgische Behandlung durch Annähen der dislocirten Niere darf solchen Patienten nie vorgeschlagen werden, da sie mit Lebensgefahr verbunden ist, welche die Krankheit selbst in sich gar nicht birgt und in der Praxis sich oft als erfolglos zeigt, d. h. die Krankheitssymptome nicht beseitigt.

Preobrashenski: «Ein Fall von Pankreassarcom mit multiplen metastatischen Sarcomen des Herzmuskels». (Nr. 11.)

M. Savin: «Ueber die desinficirenden Eigenschaften des Alkohols». (Nr. 11.)

J. Alxne: «Die gegenwärtigen Methoden der Localanaesthesie». (Nr. 11.)

W. Ablow: «Zur Casuistik der offenen Schädelfracturen». (Nr. 12.)

S. Dolmatow: «Zwei Fälle von Blitzschlag». (Nr. 12.)

Der eine Soldat wurde vom Blitze an Ort und Stelle getödtet. Die äussere Untersuchung und Section desselben zeigte, dass der Blitz ihn in die rechte Stirnhälfte getroffen hatte; an der Stelle des Eindringens desselben bestanden 2 Hautrisse mit Hämorrhagien. Im Weiteren entfaltete die Elektricität eine doppelte Wirkung: ein Theil derselben ging in mechanische Kraft über und verursachte Zerreissungen und Verletzungen der inneren Organe, der andere Theil ging in Wärme über und bewirkte eine Verbrennung der Haut vorzugsweise 1. und 2. Grades, die von der erwähnten Eintrittsstelle nach unten über die ganze vordere Fläche der rechten Körperhälfte ging, als bald mehr bald weniger breiter Streifen. Beim 2. Soldaten, der leben geblieben ist, äusserte sich der Blitzschlag durch Auftreten auf der Haut des Rückens von rothen Streifen mit baumartigen Verästelungen.

W. Mysch: «Die Appendicitisleber und Appendicitis larvata». (Nr. 12.)

In dem vom Verf. beobachteten Falle machte das Krankheitsbild mehrere Jahre den Eindruck eines Leberleidens und wurde als solches lange Zeit hindurch behandelt ohne jeden Erfolg und nur durch glücklichen Zufall wurde die wahre Natur der unregelmässig verlaufenden, larvirten Appendicitisform diagnosticirt.

W. Dobroslawin: «Ueber den Einfluss des Atropins auf die Refractionsveränderungen des Auges». (Nr. 12.)

Bei der Untersuchung von 200 Augen nach der skiaskopischen Methode, bei der die Anwendung des Atropins fast unumgänglich ist, fand Verf., dass

1) Die Refractionsfähigkeit des Auges unter dem Einfluss von Atropin meistentheils abnimmt und zuweilen in bedeutendem Grade.

2) Der Grad der Myopie sinkt, statt derselben erscheint zuweilen Emmetropie oder sogar Hypermetropie.

3) Emmetropie bleibt unverändert oder geht in Hypermetropie über.

4) Der Grad der Hypermetropie steigt.

Ausser der Veränderung der Refractionsfähigkeit des Auges tritt unter dem Einfluss des Atropins noch eine Reihe von Veränderungen des Accomodationsapparates auf, besonders beim Astigmatismus. Die Wirkung des Atropins auf die Refractionsfähigkeit des Auges lässt sich nach Verf. durch folgende 4 Momente erklären: 1) Paralyse der Accomodation überhaupt, 2) Paralyse der circulären Fasern, 3) endosmotische Erscheinungen, und 4) Steigerung des intraoculären Druckes.

P. Botschkowski: «Eine Veränderung der Janet'schen Behandlungsmethode der Gonorrhoe». (Nr. 12.)

W. Tichomirow: «Zwei Fälle aussergeschlechtlichen Schankers und einige Bemerkungen über die Verhütung der Verbreitung der venerischen Krankheiten im Militär». (Nr. 12)

A. Susdalski: «Behandlung der acuten Erkältungsbronchitiden mit Mentholdämpfen». (Nr. 12.)

Diese Behandlung gab dem Verf. recht günstige Resultate. Leider wird vom Verf. nicht genauer angegeben, ob er dabei die G. Lyon'sche Mischung (Mentholi 0,2, Cocaoni muriat. 0,15, Acidi benzoici 1,0, Spirit. vini 40proc. 20,0) oder irgend eine andere angewandt hat.

D. Achwlediani: «Zur Frage der Behandlung der Lungentuberkulose und über die therapeutische Wirkung des Thiokols «Roche». (Nr. 12.)

In 8 genau beobachteten Fällen von Phthisis incipiens gab die Anwendung des Thiokols negative Resultate und die Krankheit ging rasch vorwärts.

F. Korolkow: «Zur Casuistik der Actinomycosis beim Menschen». (Nr. 12.)

In dem von Verf. beobachteten Falle blieb die Eintrittspforte der Actinomycosis unbestimmt. Bei der Section fand man den Lendentheil der Wirbelsäule in der Mitte einer sclerirten Höhle, die von Detrit und Resten der umgebenden Muskeln und auffallend geringer Menge eigentlichen Eiters ausgefüllt war. Das Aussehen der Ulceration, der Charakter des Detrites, die schon makroskopisch wahrnehmbaren charakteristischen Körnchen und das Verhalten der Ulceration zum Knochen und den umgebenden Geweben liessen Actinomycose vermuthen, was auch durch die mikroskopische Untersuchung der Körnchen und des Zerfalls bestätigt wurde. Intra vitam bestanden keine Symptome dieser Krankheit. Ihrem Verlaufe nach konnte man vermuthen, dass irgendwo im Körper ein Eiterungsprocess vor sich geht und dass eine Verhaltung des Eiters stattfindet. Alle Nachsuchungen derselben blieben indessen erfolglos, weil die Höhle nicht von Eiter, sondern von dickem Zerfall des Muskelgewebes erfüllt war.

A. Rudenko: «Die Tarbaganenpest». (Nr. 12.)

Die Steppen des Akschin'schen Kreises, des Transbaikalschen Gebietes und besonders des Zagan-Olujew'schen Kosakendorfes werden von einer Nagethierart bewohnt, die den Murmelthieren sehr ähnlich sind und als Tarbagane bekannt sind. Die Einheimischen, Burjaten und einfaches Kosakenvolk gebrauchen die Tarbaganen oft zur Nahrung, vertilgen dieselben vorzugsweise aber, um ihr vorzügliches Fett zu bekommen. Es kommen Jahre vor, in denen die Tarbaganen epidemisch erkranken. Symptome dieser Krankheit (Pest) sind folgende: die Thiere bellen nicht, sie werden träge, bekommen einen schwankenden Gang, laufen von ihren Lagern auf grosse Entfernungen weg, unter der Schulter tritt eine rothe, gespannte Schwellung auf. Letztere fehlt zuweilen oder ist nur wenig wahrnehmbar. Die Burjaten erkennen die kranken Tarbaganen noch auf folgende Weise: sie machen einen Schnitt auf der Sohle des Pfötchens, erscheint auf dem Schnitte geronnenes Blut, so ist das Thier verpestet. Durch Berührung mit verpesteten Thieren erkranken auch Menschen, bei denen die Krankheit ihrem Verlaufe nach und schrecklicher Mortalität mit der wahren Pest vollkommen identisch ist. Verf. beschreibt einige solche Epidemien unter den Burjaten und Kosaken.

A. Sacher.

Medicinskoje Obosrenje. Januar, Februar 1901.

S. Chmjelewski. «Ueber die Spondylosis rhizomelica». (Typus- Strümpell- Marie).

Nach Anführung der Literatur führt Autor 6 von ihm beobachtete Fälle dieser Krankheit vor; in jedem einzelnen Falle variirten zwar die Symptome, doch liessen dieselben sich leicht unter einem Typus gruppiren.

Im Falle 1. hebt Ch. die neuropathische Belastung hervor, ferner das Fehlen von rheumatischen Symptomen in der Anamnese, den Beginn der Erkrankung nach einer schweren Tripperinfection, das Vorhandensein von Entartungsreaction an den Muskeln des Schulterringes und von trophischen Veränderungen an der Haut des Rumpfes, endlich Pruritus der Gesichtshaut. Autor ist geneigt als Ausgangspunkt der Erkrankung in diesem Falle eine Meningo-Myelitis gonorrhoica (im Lendentheil des Rückenmarks) anzunehmen. Der 2. Fall aehnt dem ersten vollständig: dieselbe Form der ankylosirenden Wirbelsäule, Betheiligung der grossen Gelenke, derselbe Charakter der Schmerzen; auch hier Muskelatrophie, Steigerung der Sehnenreflexe, partielle Entartungsreaction an den Muskeln; auch in diesem Falle, wie im ersten, waren die Kiefergelenke betheiligt. Anamnestisch war statt Gonorrhoe, Lues und Alkoholismus zu constatiren. Im 3. Falle waren als aetiologische Momente — schwere Infectionskrankheiten und Trauma zu constatiren. Wenn auch auf diese Weise die aetiologischen Momente der Spondylosis rhizomelica sehr verschiedenartig sein können, so lassen sich doch nach Verf. in den meisten Fällen vorausgegangene Infection und neuropatische Belastung feststellen, jedenfalls haben alle diese Factoren das gemeinschaftlich, dass sie in erster Linie das Nervensystem in irgend einer Weise angegriffen haben. Was den Ausgangspunkt der Erkrankung anlangt, so ist Verf. geneigt eine primäre Laesien des centralen Nervensystems anzunehmen und möchte in Folge dessen die Spondylosis rhizomelica zur Gruppe der Arthroneurosen, als besondere Abart der arthritis deformans, zählen. Was die Prognose der Krankheit betrifft, so hält Autor auf Grund seiner Erfahrung eine Besserung für nicht ausgeschlossen. Die schweren Neuralgien werden durch Galvanisation und Compressen gebessert; die rheumatoiden Schmerzen lassen unter dem Einflusse von warmen Salzbädern nach, Salicylpräparate wirken hier fast garnicht: auch die Beweglichkeit des Halses und der grossen Gelenke kann durch Massage etwas gebessert werden, nur die ankylosirenden Brust- und Lendenabschnitte der Wirbelsäule sind jeder Therapie unzugänglich. Zum Schluss hebt Autor die Prädisposition der Kranken mit Spondylosis rhizomelica zur Tuberkulose hervor; eine solche Prädisposition sei leicht erklärlich in Anbetracht des cachektischen Zustandes der Kranken und der Unbeweglichkeit des Thorax, was eine mangelhafte Ventilation der Lungenspitzen zu Folge haben muss.

W. Muratow. «Zur Lehre von der katatonischen Demenz».

W. Serenin. «Ueber multiple symmetrische Lipome».

Autor bringt einen ausführlichen Bericht über einen von ihm beobachteten Fall von haereditärer Lipombildung. Es handelt sich um einen 40 jährigen Officieren, dessen Brüder und Mutter dieselben Erscheinungen aufwiesen. Interessant ist die Beobachtung, dass die meisten und grössten Lipome sich an denjenigen Stellen, entwickelten, die am meisten mechanischen Reizen ausgesetzt waren, (an den Hüften, Vorderarmen, Hinterbacken, auf der inneren Fläche des unteren Abschnittes des m. Gastrocnemius). Bei dem jüngeren Bruder entwickelten sich die Lipome am stärksten in der Gegend der rechten Ellenbeuge (er war Secretär, hatte den ganzen Tag zu schreiben). Auf Grund dieser Beobachtung muss Autor durchaus Virchow zustimmen, der die Lipomentwickelung in innige Beziehung setzt zu der chronischen Reizung des Fettgewebes; dabei könne ein gewisser Einfluss des Nervensystems nicht negirt werden. Zum Beweis, dass auch trophische Störungen die Bildung von Lipomen veranlassen können, führt Autor zwei weitere Fälle von acquirirter multipler Lipombildung an, (in einem Falle nach überstandenem Typhus, in anderen nach einer starken nervösen Erschütterung).

W. Bormann. «Zur Casuistik der branchiogenen Halscysten».

A. Kasem-Beck. «Ein Fall von Hydrops-Ascites und langdauerndem Fieber auf Boden einer luetischen Infection».

Das Interessante an dem Falle besteht darin, dass ein grosser Ascites sehr rasch nach Einleitung der specifischen Therapie schwand; dabei konnte die Transsudation in die Bauchhöhle nicht durch cirrhotische Veränderungen der Leber erklärt werden. Autor nimmt an, dass durch Druck von im ligam. hepato-duodenale gelegenen vergrösserten Lymphdrüsen auf die vena portarum der Ascites zu Stande kam.

A. Jordan: «Statistische Daten zur Frage von der Häufigkeit der venerischen Bubonen».

Autor hat das grosse Material des 1. Stadthospitals zu Moskau für die Zeitdauer von 6 Jahren (1894- 1899) auf die oben bezeichnete Frage hin gesichtet. Es wurden in dieser Zeit stationär behandelt 2357 Fälle von weichem Chanker, von denen 636 durch Entwickelung von Bubonen, die theils von selbst, theils durch operative Hülfe sich öffneten, complicirt waren; 1721 Fälle verliefen ohne Lymphdrüsenschwellung: es ergiebt sich mithin 73,5 pCt. uncomplicirte Chanker und 26,5 complicirte. Rechnet man jedoch auch die nicht stark vergrösserten, aber schmerzhaften Lymphdrüsen hinzu, so waren 747 complicirte ulcera mollia und 1610 uncomplicirte. Im ganzen beobachtete Autor 31,7 pCt. bubones dolentes und 26,5 pCt. vereiterte Bubonen. Die meisten Autoren weisen darauf hin, dass auf der linken Seite die Bubonen häufiger sind, als auf der rechten. Jordan fand in 49,5 pCt. linksseitige und in 40,6 pCt. rechtsseitige Bubonen, in 9,9 pCt. beiderseitige.

N. Filatow. «Ueber schleichende fieberhafte Processe im Kindesalter».

Klinische Vorlesung, enthält nur Bekanntes.

W. Jhukowski. «Angeborene Geschwulst der glandula pinealis und seltne Form von Hydrocephalus bei einem Neugeborenen».

Das in leichter Asphyxie geborene Kind bot äusserlich keine Abnormitäten dar: normales Körpergewicht, normale Dimensionen und normale Configuration des Schädels; auch die grosse Fontanelle bot völlig normale Verhältnisse dar, insbesondere konnte Verf. während der 6 Lebenstage des Kindes keine abnorme Spannung der Fontanelle nachweisen, auch waren keine erweichte Stellen an den Schädelknochen zu finden. Auffallend war, dass das Kind keinen Laut von sich gab und gleich von vornherein grosse Neigung zur Abkühlung zeigte; am 2. Tage war die Temperatur, in ano gemessen, 33,2, am 3. Tage 32,5, am 6. Tage 30,2; Hand in Hand damit ging die Pulsverlangsamung von 78—60; dabei war weder am Herzen, noch an den Lungen etwas Pathologisches constatirbar. Charakteristisch waren die Veränderungen an den Augen: es bestand ptosis, die Lider waren gleichsam paralysirt: beim Oeffnen der Lider bemerkte man weite und ungleiche Pupillen, die linke doppelt so weit, wie die rechte, ferner deutlicher Strabismus divergens. Sehr auffallend war die Apathie und der comatöse Zustand des Kindes; die gewöhnlichen Reize, wie das Wickeln des Kindes, das Baden und die Clysmen bewirkten absolut keine Reaction. Von Paralysen der Extremitäten konnte nichts bemerkt werden, auch waren die Reflexe und die Hautsensibilität vorhanden. Vom 4. Tage an constatirte Autor eine Contraction in den oberen Extremitäten, später waren auch die unteren Extremitäten contracturirt. Der Exitus trat unbemerkt ein, es gingen weder Eclampsie, noch Tetanus oder Trismus voraus. Die Diagnose wurde auf eine meningeale Blutung gestellt. Die Autopsie ergab nun Folgendes: beim Eröffnen der Schädelhöhle flossen 280 ccm. gelblichen Serums heraus; es fehlten vollständig die Grosshirnhaemisphaeren, das corpus callosum und fornix cerebri; das Tentorium cerebelli verdickt, auf dessen linker Seite Reste des plexus choroid. sin. Hinter den sella und clivus und vor der incisura cerebelli findet sich eine cystoide mandelgrosse Geschwulst — die cystös degenerirte Zirbeldrüse; sie liegt vor dem Vierhügel und schliesst völlig den aditus ad aquaeductum Sylvii. Das Chiasma nn. opticorum ist regelmässig entwickelt, aber stark verdünnt, die nn. optici atrophirt. Normal waren — das Kleinhirn, die Brücke, der Vierhügel und das verlängerte Mark. Die Flüssigkeit, die an Stelle des Grosshirns vorhanden war, enthielt einige Psammome. Es handelte sich somit um ein Tumor der Zirbeldrüse mit nachfolgenden Hydrocephalus ventrikulorum. Neben den oben genannten Erscheinungen, die der Tumor bewirkt hat, verdient besonderes Interesse der Umstand, dass eine grosse Ansammlung von cerebrospinaler Flüssigkeit in den Hirnventrikeln, die sogar zur vollständigen Zerstörung der Hirnmasse geführt hat, ohne Veränderung der Schädelknochen einhergehen kann.

L. Warnek. «Ein Fall von gleichzeitiger Intra- und Extrauteringravidität».

A. Kablukow. «Ein Fall von 7-monatlicher Extrauteringravidität, von der vagina aus operirt».

P. Brasslawski. «Ueber Osteoarthropathie».

Autor giebt eine ausführlich gehaltene Uebersicht über diese von Marie zuerst beschriebene Krankheitsform und führt einen von ihm beobachteten Fall vor.

P. Preobrashenski. «Ein Fall von paralytischer Epilepsie».

Bei einer 37-jährigen Frau, die früher an epileptischen Anfällen gelitten hat, traten häufig Anfälle von intermittirender Paralyse der rechten Extremitäten, begleitet von motorischer Aphasie und rechtsseitiger Facialisparese auf. P. ist geneigt diese Anfälle als Epilepsieaequivalente zu deuten.

G. Meschtscherski. «Ueber Atrophia cutis idiopathica progressiva acquisita (Pospjelow)».

Autor giebt auf Grund der in der Literatur bekannten 25 Fälle eine ausführliche Schilderung dieser eigenthümlichen Krankheit. Im Allgemeinen lassen sich diese Fälle in 2 Haupttypen gruppiren: 1. Fälle, wo der Hautatrophie das Erscheinen von scharf umgrenzten, purpurrothen Flecken vorausgeht; die Flecke wachsen nach der Peripherie, gewöhnlich nach irgend einer Seite hin, während im Centrum eine Abblassung, Verdünnung und endlich völlige Atrophie Platz greifen. Diese Form nennt Autor Atrophie des 1. Typus oder erythematöse, idiopathische Hautatrophie. Bei der Atrophie 2. Typus treten zunächst purpurrothe Infiltrate von verschiedener Grösse der Haut auf, die allmählich erst sich zurückbilden und auf Hautatrophie hinterlassen. Diese Form nennt Autor «idopathische Infiltrations-Atrophie der Haut». — Charakteristisch für die Krankeit sind: 1) die Ausbreitung in isolirten Herden, die erst in späterer Periode zusammenfliessen (Prof. Neuman). 2) Die Verdünnung und Faltenlegung der Haut, die das Aussehen von zerknittertem Cigarettenpapier annimmt. 3) das Durchschimmern von venösen Gefässen, Capillaren und Sehnen (Prof. Pospjelow). Prof. Neumann fügt diesen Symptomen noch hinzu: a) Abschilferung, so dass die Schuppen an der Peripherie von der Haut abgehoben, im Centrum aber fixirt sind b) die perlmutterweisse Farbe der alten atrophirten Hautpartien und die hellrothe Farbe der frischen. Autor hält diese beiden Symptome für nicht charakteristische. Von verschiedenen Autoren werden noch andere Erscheinungen erwähnt, so z. B. Hyperpigmentation der Haut (Jordan, Bronson). Veränderungen der Nägel etc. Pospjelow fand in einigen Fällen Störungen der Hautsensibilität. Was die Aetiologie der Krankheit anlangt, so nimmt Autor mit Pospjelow, Kaposi und anderen eine Erkältung der Haut an, daneben müssen noch andere Momente mitspielen, so locales Trauma. Ernährungsstörungen, vielleicht auch vorausgegangene Infectionskrankheiten.

Näheres über die pathologische Anatomie und Pathogenese der Krankheit ist im Original nachzulesen.

W. Italinsky. «Ein Fall von idiopathischer Hautatrophie».

G. Wladimirow. «Sodacompressen bei Eiterungen».

Bekanntlich hat Georgiewski 2 pCt. Sodalösungen zu Comprsssen bei verschiedenartigen Eiterungsprocessen warm empfohlen; seitdem ist diese Methode von vielen Autoren mit Erfolg angewandt worden. W. hat in der Kinderklinik zu Moskau dieses Mittel ausprobirt und war mit den Resultaten sehr zufrieden. Da bei der gewöhnlichen Art der Compressen, dieselben leicht eintrocknen, so versuchte Autor in vielen Fällen häufige Berieselungen der Marlybinden mit 2 pCt. Sodalösung, oder aber es wurden zunächst auf die eiternden Flächen 6—8 Reihen von in Sodalösung getränkten Marly gelegt, alsdann eine Schicht Borvaselin, darüber Wachspapier, Watte und eine Binde. Autor war mit dieser Behandlungsmethode sehr zufrieden, er hebt besonders deren antiphlogistische und schmerzlindernde Wirkung hervor. Auch bei ausgedehnten Brandwunden fand Autor die Sodacompressen von vortrefflicher Wirkung und empfiehlt ferner die 2 pCt. Sodalösung bei chronischer eitriger Otitis.

Abelmann.

Medizinskija Pribawlenija k morskomu sborniku. September—December 1900.

N. Westinryk: «Die Pest in Bombay».

Die Epidemie begann im August 1896, war aus Hongkong eingeschleppt. Praedisponirend wirkt Schmutz und Armuth; am häufigsten erkranken Männer im Alter von 20—30 Jahren. Die Pest ist nicht so infectiös, wie früher angenommen wurde. Bei der Verbreitung des Pestbacillus wirken Ratten, Ungeziefer und Insecten mit; Hautverletzungen bieten häufig eine Eingangspforte. Auch durch Lungen und Nasenschleimhaut finden Infectionen statt. Hieran knüpft der Verf. eine Beschreibung des patholog.-anatomischen Befundes. Der klinische Verlauf war meist folgender: Nach einer Incubationsperiode von im Mittel 4—6 Tagen treten die ersten Symptome auf (rascher Temperaturanstieg, starke Röthung der Augen, erschwerte Sprache und Prostration). In $^3/_4$ aller Fälle fanden sich sehr schmerzhafte Bubonen. Am 3. und 5. Tage starker Temperaturabfall. Die Vidal'sche Reaction lässt sich nicht zu diagnostischen Zwecken gebrauchen. Die Sterblichkeit betrug zwischen 56 und 74 pCt. Als bestes Mittel erwies sich die Praeventivimpfung mit Haffkin'scher Lymphe.

Swetschnikow; «Ueber die Quarantäne in den Persischen und Türckischen Häfen am Persischen Meerbusen».

In Bendu-Abbas und Buschir sind die betreffenden Einrichtungen völlig ungenügend, in Bassora hingegen einigermassen leistungsfähig.

Brasche: «Ueber die Quarantäne im Kwantum-Gebiete».

Nach dem vom Verfasser an die vorgesetzte Behörde abgesandten Bericht, ist der Versuch einer Absperrung nicht rathsam, da die Durchführung strenger Massregeln nicht

gelingen würde; er schlägt hingegen folgende Massregeln vor: a) die Europäische Bevölkerung möglichst streng von der Chinesischen zu trennen b) einen besonderen Hafen für chinesisches Fahrzeug in der Nähe von Port-Arthur zu eröffnen c) eben dort sollen die chinesischen Kaufleute ihre Läden haben.

Von grösster Bedeutung ist aber die Verhütung der Einschleppung verschiedener in China fast endemischer Krankheiten (Pest, Pocken, Cholera) auf dem Wege der grossen sibirischen Eisenbahn nach Europa; es müsste nothwendiger Weise eine Quarantainstation in Irkutsk, Chabarowsk oder an einem anderen Orte geschaffen werden.

Glowetzky: «Medico-sanitärer Bericht über die Marinekasernen in Ochta».

Enthält wenig allgemein interessante Thatsachen.

K. Morkotun: «Ueber Streptococceninfectionen und ihre Behandlung».

Im ersten Theil seiner Arbeit hat Verf. eine ausführliche Schilderung der Marmorek'schen Arbeiten und der Herstellung seines Serum, sowie der Immunisirung von Thieren durch dasselbe gegeben. Im zweiten Theil bespricht M. die therapeutischen Versuche an Menschen; er erwähnt die scheinbar günstigen Resultate bei Erysipel, auch bei der Streptoccenangina. Landonzy hat das Serum bei Bronchopneumonien im kindlichen Alter mit Erfolg angewandt. Auch der Scharlach scheint sich durch die Injection günstig beeinflussen zu lassen. In der russischen Literatur finden sich in den letzten 2—3 Jahren noch wenig Fälle von Anwendung des Serum; in 12 Fällen von Erysipel soll es günstig gewirkt haben, in 37 Scharlachfällen hingegen wurde es erfolglos angewandt. Endlich weist der Verf. noch darauf hin, dass bei den letzten Stadien der Phtise und bei Lungengangrän die Anwendung des Serum indicirt erscheint.

N. Timme: «Der augenblickliche Stand der Frage von der Gonococcenallgemeininfection».

Enthält keine eigenen Beobachtungen. Rein referirend.

P. Sokolow: «Materialien zur Kenntniss der Giftwirkung des Abrin's (semin. Jequiriti) auf den thierischen Organismus».

Auf Grund sorgfältiger Experimentaluntersuchungen an Kaninchen kommt S. zu folgenden Schlüssen:

1) Die Semina Jeqniriti verdanken ihre Wirkung dem in ihnen enthaltenen Abrin und sind ein werthvolles Heilmittel.

2) Die Gewinnung des Abrin ist einfach: Durch Fällung des wässrigen Infus der Samen mit Spiritus. Das Abrin wirkt local stark entzündungserregend auf die Conjunctiva und subcutan einverleibt ruft es das bekannte Bild der Abrinvergiftung hervor.

3) Durch Einverleibung steigender Dosen kann man bei Kaninchen Immunität gegen Abrin erzeugen. Man beginnt mit 0,0001 pro Kilogr. und steigt um $^1/_{100}$—$^1/_{10}$ gr.

4) Die Immunisirung ermöglicht den localen Gebrauch des Mittel's am Auge, indem es den Process regulirt.

5) Versuche beim Menschen in dieser Richtung sind angezeigt.

6) Die biologischen Eigenschaften des Abrin ähneln der Wirkung unorganisirter Fermente thierischer und pflanzlicher Abstammung.

G. Schlater: «Die phylogenetische Entwicklung der sog. Protozoen». (Kritische Studie).

Eignet sich nicht zum Referat.

Matusowsky: «Ueber die subconjunctivalen Sublimat- und Kochsalzinjectionen».

M. spricht sich sehr zufrieden über die Resultate dieser Medication aus, die locale und allgemeine Wirkung trat oft überraschend schnell auf. Oft erweiterte sich die Pupille, das Hypopyon verschwand und das Geschwür verheilte. Da sowohl Sublimat- wie NaCl-Injectionen sehr gute Resultate gaben, die ersteren aber ungleich stärker reizend wirken und zu Verwachsungen der Conjunctiven mit dem Bulbus führen, so wendet Verf. jetzt nur die letzten an. Bei parenchymatöser Keratitis tritt nach den Injectionen eine Verschlimmerung auf. Die Wirkung der Injectionen überhaupt scheint auf eine Anregung des Stoffwechsel's und der Circulation zu beruhen, schwerlich auf den chemischen Eigenschaften der verwendeten Mittel, da NaCl ebenso günstig wirkt, wie $HgCl_2$ sogar bei luetischen Affectionen.

Voss.

Shurnal russkago obschestwa ochranen'a narodnago sdrawia. (Zeitschrift für öffentliche Hygiene). September—December 1900.

Suchorsky: «Ueber die sanitären Mängel der mittleren Schulen und die Mittel zu ihrer Verbesserung».

Verf. gelangt zu ff. Schlüssen. (nur die wichtigsten sind citirt).

1) Der Cubikinhalt an Luft soll für jeden Schüler nicht weniger als 0,8 Cubikfaden (ca. 8 cbm.) betragen und die Zahl der Schüler einer Classe 40 nicht übersteigen,

2) Durch die Ventilation soll reine, staubfreie und nicht trockene Luft pro Stunde und Kopf zu 20 cbm. zugeführt werden.

3) Die Heizung soll central sein (Wasser!)

4) Für die genauere Befolgung der sanitären Vorschriften haften die Schuldirection und der Schularzt.

5) Die grosse Zwischenpause sollte auf 1 Stunde ausgedehnt werden.

6) Die militärischen Uebungen sind vom ärztlichen Standpunkte für die Schulen ungeeignet.

7) Es sollen besondere gymnastische Anstalten, für mehrere Schulen gemeinsam angelegt und möglichst vollkommen eingerichtet werden.

D. Nikolsky: «Ueber den sanitären Zustand der mittleren Schulen für Knaben».

Enthält im Allgemeinen ähnliche Hinweise auf die grossen hygienischen Mängel und Vorschläge zur Verbesserung derselben.

Schmidt: «Ueber die Massenvertilgung von Fischen in den Astrachanschen Fischereien in sanitärer Beziehung».

Verf. schildert den unglaublichen Missbrauch, der in manchen im Wolga-Delta gelegenen Fischereien getrieben wird, wo die sog. «kleinen» Fische in Anbetracht des grösseren Zeitverlustes beim Reinigen und Salzen derselben einfach in Mengen von einigen 10,000 Pud (!) in Gruben vergraben werden, die theilweise im Niveau des Grundwasser's liegen. Dadurch kommt eine Verpestung der gesammten Umgegend zustande, denn die Fäulnissproducte verbreiten sich auf dem Wege des Grundwassers, ferner bei Ueberschwemmungen weithin über's Land; bei zurücktretendem Grundwasser aber gelangen die trockenen faulenden Substanzen in die Luft und der Geruch in solchen Gegenden ist unbeschreiblich. Das einzige Mittel derartige Zustände zu verhindern ist ein strenges Verbot des Vergraben's von Fischen in solchen «Massengräbern»; die bestehenden müssen durch Verbrennen oder Verarbeitung zu Düngmitteln unschädlich gemacht werden.

K. Morkotun: «Ueber die heissen Mineralquellen in Paratun».

Die gen. Quellen befinden sich auf 20 Werst (22 Kilometer von der Stadt Petropawlowsk, am Ufer des Beringsmeer's; die Wege zu dem unmittelbar bei den Quellen gelegenen Dorfe sind in völlig urwüchsigem Zustande d. h. Fusswege! Die nähere Umgebung ist sumpfig und bergig; die Berge vulkanischer Formation, einige rauchen bisweilen. Eine chemische Untersuchung der wichtigsten Quellen (Serebrännikow, Sawoika und Golenitschew) ist vor 16 Jahren von weil. Professor Carl Schmidt im ehemal. Dorpat ausgeführt worden; sie ergab als wichtigste Bestandtheile Glaubersalz Na_2SO_4 0,92‰, geringe Mengen Schwefelwasserstoff, in Summa 1,45‰ Aschenbestandtheile. Die Heilkraft des Wasser's, das bei den Bewohnern der Umgebung sehr hoch geschätzt wird, beruht aber hauptsächlich in der hohen Temperatur desselben, etwa 40—42° + C. Hauptsächlich wird es in Bäderform gegen rheumathische Leiden benutzt, soll aber auch innerlich genommen recht wirksam sein. Ausser diesen Quellen sind noch verschiedene andere Thermalwässer auf Kamtschatka vertheilt, doch ist deren Untersuchung noch garnicht vorgenommen worden.

W. Mazkewicz: «Programm zur Untersuchung des Einflusses der verschiedenen Handwerke auf die Entwicklung des kindlichen Organismus».

Enthält kurze Angaben über die Erfordernisse einer genauen Untersuchung der verschiedenen Handwerksarten in ihrer Wirkung auf die einzelnen Theile des Körper's; ferner wird eine genauere ärztliche Untersuchung der Kinder verlangt, die sich zur Ausübung eines bestimmten Handwerk's vorbereiten wollen.

W. Lewaschow: «Ueber die sanitäre Organisation der Städte».

Auf einem im Februar 1900 tagenden Congresse in Moskau wurden die betr. Fragen erörtert. Referent war P. Rosanow. Es wurden folgende Vorschläge ausgearbeitet: (nur die wichtigsten!)

1. Die Hauptaufgaben der in genügender Zahl anzustellenden Sanitärärzte sind a) die Untersuchung der sanitären Bedingungen der städtischen Bevölkerung, b) Ausarbeitung der Projecte zur Wasserversorgung, Assanirung etc., c) Ergreifung von Massnahmen gegen die Verbreitung von Infectionskrankheiten, d) Verbreitung hygienischer Principien und Vorschriften im Volke.

2. Es sollten geschaffen werden bei der städtischen Verwaltung: a) eine städtische Sanitätscommission b) ein Sanitätsbureau als ständige Auskunftsstelle c) eine sanitäre analytische Station d) Organisation ärztlicher unentgeltlicher Hilfe.

3. Der Sanitätscommission soll aus den Sanitärärzten, Gliedern der Stadtverwaltung, der Landschaft, Vertretern der Hospitäler, der Veterinäre, städtischen Ingenieure etc. bestehen.

4 Im städt. Sanitätsbureau soll die sorgfältige statistische Ausarbeitung aller von Hospitälern und practischen Aerzten gelieferten Daten geschehen; dasselbe soll die Veröffentlichung diesbezügl. Bulletins besorgen.

5. Besondere Aufmerksamkeit sollte auf die Errichtung von Abtheilungen oder Krankenhäusern für Infectionskrankheiten verwandt werden.

B. Mursajew: «Ueber die Ansteckungsgefahr durch tuberkulöse Papageien».

Nach verschiedenen Untersuchungen bildet die Tuberkulose eine häufige Krankheit der Papageien. Sehr häufig wird sie vom tuberkulösen Menschen auf das Thier übertragen. Die Behauptung, dass Tuberkulose der Säugethiere für die Vögel ungefährlich sei und umgekehrt lässt sich nicht rechtfertigen. Infolgedessen bilden tuberkulöse Papageien eine arge Ansteckungsgefahr für ihre Hausgenossen.

S. Serkowsky: «Ueber die Milch in Lodz».

Im Gegensatz zum Auslande ist bei uns die Controlle über den Nahrungsmittelverkauf noch sehr wenig ausgebildet. Der Verf. macht auf die von ihm in seinem Laboratorium in Lodz gefundenen groben Fälschungen, Verdünnungen etc. der Milch aufmerksam. Zu verschiedenen Malen fand er chemische und bacterielle Verunreinigungen (Soda, b. coli commune, proteus vulgaris etc.).

W. Pokrowsky: «Zur Frage der Concurrenz des Thee's mit den alcoholhaltigen Getränken im Gebrauch des russischen Volkes».

In einem kurzen historischen Ueberblick weist Verf. nach, dass der Gebrauch des Thees deutlich im Steigen begriffen sei, derjenige des Alcohol's hingegen im Fallen. So betrug die mittlere Ziffer pro Kopf an Alcohol in den Jahren 1872—75 0,34 Wedro und an Thee 0,59 Pfund, während von 1896—98 sich 0,22 Wedro und 0,85 Pfund ergaben.

K. Morkotun: «Der augenblickliche Zustand der Schlammbäder bei Odessa».

Enthält wenig Neues.

Voss.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei. Nr. 11--12. 1900.

D. v. Ott: «Die operativen Resultate bei retrocervicalen Fibromyomen und die Bedeutung der vaginalen Methode bei der conservativen Myomectomie». (Nr. 11).

Verf. hat auf dem Pariser Congress über 52 Fälle von extraperitonealer Entwickelung der Myome berichtet. Nach Exstirpation derselben wurde der Hohlraum per vaginam drainirt. Von diesen 52 Patientinnen sind zwei gestorben. Im Allgemeinen verfügt Ott über 382 Myomotomien mit 26 Todesfällen, von den 382 Fällen wurde 189 Mal der Bauchschnitt gemacht mit 20 Todesfällen (10 pCt.). In 193 Fällen wurde per vaginam operirt mit 6 Todesfällen (3,1 pCt.) In manchen Fällen gelingt es das vordere oder hintere Scheidengewölbe zu eröffnen, die vordere resp. hintere Uteruswand der Länge nach zu durchtrennen, das Fibromyom zu entfernen und die gesetzte Uteruswunde wieder zu vernähen. Auf diese Weise bleibt der Uterus erhalten. In dieser Weise wurde 27 mal operirt.

M. Lachtin: «Ein historischer Ueberblick über die Entwickelung der geburtshilflichen Operationen». (Nr. 11).

J. Kalabin: «Ein Fall von Myxoma chorii, der zur falschlichen Diagnose einer Extrauterinschwangerschaft Anlass gab». (Nr. 11).

Pat. hatte 1½ Monat keine Regel (und war von anderer Seite für extrauterin schwanger gehalten worden. Verf. constatirte Vergrösserung und Auflockerung des Uterus, linksseitig einen Ovarialtumor entzündlichen Ursprungs. Bald darauf konnte constatirt werden, dass es sich um eine Blasenmole handelt. Verf. räumte die Uterushöhle aus, machte aber keine Auskratzung. Pat. genas.

Gubarew: «Ueber die Bauchnaht und die Drainage der Bauchhöhle nach der Laparotomie». (Nr. 12).

Es giebt keine Methode der Bauchnaht, die absolut vor Hernien schützt. G. näht in zwei Etagen: Peritoneum und Fascien zusammen, alsdann die Haut. Am besten wird resorbirbares Material, etwa Rennthiernähte, genommen. Die Bandage wird minimum ein Jahr getragen. Drainage wendet G. an, wenn die Blutung nicht absolut gestillt ist, wenn die Därme lädirt waren oder wenn sich Eiter in die Bauchhöhle ergossen hatte. Als Indication für die Drainage in der postoperativen Periode stellt G. Nachblutung und Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle auf. Vor der Einführung der Drainage ist es oft wünschenswerth vorher mit Catheter oder Sonde die Bauchhöhle vorsichtig zu untersuchen und zwar bei innerer Nachblutung, bei geringen Anzeichen von Peritonitis («Peritonismus») und bei Anzeichen, die an einen Shock erinnern. Zur Einführung des Catheters in die Bauchhöhle (von Dudley vorgeschlagen) dient ein sterilisirter Glaskatheter oder ein solcher wie er zur Uterusausspülung angewandt wird. Dieser wird durch den unteren Wundwinkel zwischen zwei Nähten in den hinteren Douglas eingeführt, wobei, wenn Blut etc. in der Bauchhöhle vorhanden ist, dieses durch den Catheter hervorquillt. Dann wird dieser entfernt und durch die Oeffnung ein Marlydrain eingeführt. Werden durch den Catheter Beimengungen von Darminhalt, oder Gazblasen, oder reines Blut entleert, so ist die Relaparotomie indicirt.

Abuladse: «Erfahrungen über die Pathogenese der Eclampsie, gesammelt an der Kiew'schen Klinik». (Nr. 12).

Verf. hat 45 Fälle von Eclampsie beobachtet und darauf hin geprüft, ob man von einer Infectiosität (Stroganow) der Eclampsie reden kann oder nicht. Auf Grund des Materiales, das A. zur Beobachtung vorgelegen hat, ist Verf. der Ansicht, dass die Infectiosität nicht zu beweisen ist. Die Erkrankung der Nieren ist keine secundäre, sondern geht gewöhnlich der Eclampsie voraus. Die Krankengeschichten werden angeführt.

S. Aleksandrow: «Die Vernähung des Urether ins Rectum». (Nr. 12).

Wenn bei Gelegenheit der Exstirpation eines Tumors ein Urether angeschnitten wird, giebt es verschiedene Wege, um dem angerichteten Schaden abzuhelfen: Unterbindung des Ureters gegründet auf der Hoffnung, dass die Niere der betreffenden Seite in Atrophie übergeht, Exstirpation der Niere, Einnähung des Ureters in die Bauchwunde, Vernähung der durchschnittenen Ureterenenden mit Invagination des einen Endes ins andere, Vernähung des Ureters in die Blase und endlich ins Rectum.

Verf. führt die Krankengeschichte einer 26jährigen Kranken mit einer Bauch- und Rectumfistel an, die 30 mal operativ in Angriff genommen war, darunter 6 mal vom Verf. Als A. Pat. zu Gesicht bekam, war ihr schon die Episiokleisis gemacht worden, doch hatte sich hier eine neue Fistel gebildet. Nach mehreren vergeblichen Versuchen entschloss sich Verf. zur Trennung der Episiokleisisnarbe, wobei sich erwies, dass die vordere Vaginalwand fehlte, die Blasenränder waren fest fixirt. Der Versuch die Ränder beweglich zu machen blieb erfolglos, ebenso die Vernähung von Lappen, als letzter Versuch wurde die Vernähung des Ureters ins Rectum beschlossen. Zu diesem Zwecke wurden in beide Ureteren Sonden eingeführt. Bauchschnitt, Eröffnung des Peritoneums nach innen vom Plexus pampin. in der Richtung zum Rectum, Lospräpariren des Ureters, Ligatur des Ureters, Durchtrennung desselben und Paquelinisirung der Blasenschleimhaut. Anlage einer queren 1 cm. langen Oeffnung über dem Sphincter tertius und Vernähung des Ureters in etwas schräger Richtung. Auf der anderen Seite dieselbe Operation. Schluss der Bauchwunde. Verabfolgung von Opium in den ersten Tagen, Einlage eines Guttapercharohres ins Rectum. In den ersten Tagen floss blutiggefärbter Harn ab, später mit Faeces-Beimengung. Die Harnabsonderung ging 9—11 mal in 24 Stunden vor sich. Pat. war sehr zufrieden mit dem Resultat der Operation, die sie von einem Leiden, dass sie 7 Jahre getragen, befreite. Das tägliche Harnquantum betrug 1500—2500, Verdauung gut.

Lingen.

Дозв. ценз., Спб., 5 Мая 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanah. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 5. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1901.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Archiw psichiatrii, neirologii i ssudebnoj psichopatologii (Archiv für Psychiatrie, Neurologie u. gerichtl. Psychopathologie).
Bolnitschnaja gaseta Botkina (Botkin's Hospitalzeitung).
Chirurgia (Chirurgie).
Djetskaja Medizina (Pädiatrische Medicin).
Jeshenedjelnik (Wochenblatt).
Ljetopijss russkoi chirurgii (Annalen der russisch. Chirurgie).
Medizina (Medicin).
Medizinskoje obosrenje (Medicinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Russkij Archiw Patologii, klinitscheskoi Mediziny i Bacteriologii (Russ. Archiv für Pathologie, klin. Medicin u. Bacteriologie).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Westnik klinitscheskoj i ssudebnoj psichiatrii i neiropatologii (Zeitschrift für klinische und gerichtliche Psychiatrie und Neuropathologie).
Westnik obschtschestwennoj gigieny, ssudebnoj i praktitscheskoj mediziny (Zeitschrift für öffentliche Hygiene, gerichtliche und praktische Medicin).
Wojenno-medizinskij shurnal (Militär-medicinisches Journal).
Wratsch (Der Arzt).

Westnik Oftalmologii. Heft I. Januar—Februar, Heft II. März—April 1901.

E. A. Nesnamow: «Ueber den Einfluss chemisch wirkender Sonnenstrahlen auf den Verlauf eiteriger Erkrankungen des Auges».

Die Entdeckung Finsen's, dass violette und ultraviolette Strahlen des Sonnenspectrums Keime, Bacterien und Pilze abtödten, will sich auch die Augenheilkunde zu nutze machen. Da der Farbstoff der rothen Blutkörperchen jene wirksamen Strahlen aufhält, benutzt Finsen, wo angänglich, Vorrichtungen um zeitweilige Blutleere der zu belichtenden Körpertheile hervorzurufen. Die Theile des menschlichen Auges, welche normaler Weise keine Blutgefässe enthalten, müssen also der Wirkung violetter Strahlen besonders günstig erscheinen. Zunächst wurden Versuche an Kaninchen angestellt. Die Beschreibung der Apparate sowie die Applicationsmethoden müssen nachgelesen werden. Staphylococcus pyogenes aureus wurde der Hornhaut der Versuchsthiere eingeimpft. Es bildeten sich Infiltrate und Geschwüre, sowie Eiteransammlungen in der vorderen Augenkammer. In sieben Tagen konnte alles zum Verschwinden gebracht werden. Jeden Tag wurde 5 Minuten lang belichtet. Darnach folgten Versuche an Patienten. Sieben Krankengeschichten werden mitgetheilt. Die Resultate sind überraschend günstig. Schwere eiterige Hornhauterkrankungen mit Eiteransammlungen konnten in einigen Tagen der Art gebessert werden, dass operative Eingriffe — wie Spaltungen nach Saemisch, garnicht in Frage kamen. Es gelang eine nach Staar-Extraction mit Glaskörpervorfall eingetretene Wundeiterung zum Stillstand und Rückgang zu bringen, und Sehvermögen zu erhalten; Hervorzuheben ist auch die schmerzstillende Wirkung der Belichtung. Eine schädliche Wirkung auf die Netzhaut wurde nicht beobachtet.

A. Schimanowsky: «Microphthalmus congenitus nebst Cyste im unteren Lide».

Die Arbeit schliesst erst im zweiten Hefte. Das Thema wird anatomisch sowie Entwickelungsgeschichtlich behandelt mit ausgiebiger Berücksichtigung der einschlägigen Literatur. Zwei eigene Präparate — durch Operation an zwei 6 Monate alten Knaben gewonnen — werden sehr eingehend beschrieben. Für ein Referat ist die Arbeit nicht geeignet.

J. Markow: «Versuche über Erregung der Netzhaut durch unterbrochenen Lichtreiz».

Die Mittheilung ist in beiden Heften noch nicht zum Abschluss gebracht. Die sich für physiologische Fragen Interessirenden müssen der zahlreichen Versuche wegen die Arbeit im Original lesen.

Rosenberg: «Zur pathologischen Anatomie der Krause-schen Drüsen».

Das Präparat entstammte dem oberen Lide eines Soldaten. Die Geschwulst — eine Cyste, war 1,2 ctm. lang und etwa 0,5 ctm. breit. Dieselbe sass unter der Bindehaut oberhalb des oberen Knorpelrandes. Eingehende Beschreibung der mikroskopischen Schnitte.

G. A. Rabinowitsch: «Ein Fall von Cysticercus unter der Bindehaut des Augapfels».

Ein 12-jähriges Mädchen. Im Verlaufe von 6 Monaten war am linken Auge etwa 4 mm. vom inneren Hornhautrande entfernt, eine rundliche Geschwulst bis zu Erbsengrösse gewachsen. Die Geschwulst wurde ambulant in toto entfernt. Bei der Section erwies sich der Cysticercus.

J. Günzburg: «Das Trachom im Gouvernement Woronesch und Vorschläge zu seiner Bekämpfung».

Die Arbeit geht durch beide Hefte. Von 4420 Blinden die im Gouvernement gezählt wurden sind etwa 1500 an Trachom erblindet! In den von der Landschaft unterhaltenen Ambulanzen stellten sich im Jahre 1898 vor 4723 Trachomkranke. Unter 5804 Schülern der Landschulen fanden sich 215 Trachomkranke Kinder. Unter den Militärpflichtigen fanden sich 15 pro mille Trachomkranke. Unter registrirten Augenkranken sind 11,3 pCt. Trachomkranke. In einem Kreise des Gouvernements giebt es 44 pro mille, in allen anderen Kreisen kommen mehr als 50 Trachomkranke auf 1000 Augenkranke. Es erkranken mehr Frauen, 122 und 100 Männer. Die Kleinrussen erkranken fast doppelt so häufig als die die Grossrussen Unter den aus den nördlichen Gouvernements alljährlich zuziehenden Arbeitern — um die Ernte einzubringen — fanden sich 11,7 pCt. Trachomkranke. Auf diese Verschleppung der Seuche wird besonders hingewiesen. Zu den Vorbeugungsmaassregeln übergehend wird zunächst die Nothwendigkeit einer einheitlichen Registrirung der Trachomkranken besprochen. Alsdann giebt Verfasser ein Referat über die in Ostpreussen zur Zeit geübten Vorbeugungsmaassregeln. Besonders empfiehlt er die obligatorische Beaufsichtigung der Schule und die Ausbildung von sogenannten Trachomärzten. Die Landbevölkerung soll bezirksweise Kopf für Kopf besichtigt werden um die Gefährlichen und Behandlungsbedürftigen auszuscheiden. Die Lehrer und Lehrerinnen sind zu unterweisen. Bereits in der Schule sollen die Kinder zum Selbstschutze und zur Beobachtung von Sauberkeit und Vorsicht erzogen werden. Es folgt weiter eine Révue über die üblichen Behandlungsmethoden. Die mechanisch-chirurgische Behandlung des Trachoms ist ausser der medicamentösen unentbehrlich. Das Princip der Decentralisation ist einzuhalten, möglichst zahlreiche Stellen sind zu schaffen an denen Behandlung gewährt werden kann. In den Feldscherschulen ist die Behandlung der äusseren Augenerkrankungen, speciell des Trachoms zu üben.

J. W. Lisitzin: «Ein Fall von Cataract bei Tetanie».

Eine Frau von 39 a. n. rechts reife Cataract links Cataracta incipiens, H. V = 0,1. Die Frau hat 8 mal geboren, zum letzten Male vor 4 Jahren. Während der letzten Schwangerschaft traten zum ersten Male die tetanischen Krämpfe auf. Anfälle wurden nicht beobachtet, die Diagnose stützt sich vorwiegend auf die Anamnese. Mit den Anfällen begann auch die Abnahme des Sehvermögens, aber erst seit 5 Monaten sieht Patientin mit dem rechten Auge nicht mehr. Der Fall ist nicht einwandsfrei.

J. Nikoljukin: «Ein Fall von Cataract nach Diphtherie».

Ein 8-jähriges Mädchen zeigte beiderseits vollständige weiche Cataracte. Nach Angabe der Mutter wurde eine Abnahme des Sehvermögens bemerkt nachdem das Kind von einer schweren Diphtherie genesen. Das Kind war mit Seruminjectionen behandelt worden. Nach der Operation hatte das Kind etwa 3/10 Sehschärfe. Eine praeexistirende congenitale Staarform die unter dem Einflusse der Diphtherieerkrankung schnell zur Reife kam — ist wohl nicht auszuschliessen.

St. Petersburger Ophthalmologische Gesellschaft.

Sitzung am 27. Januar 1900.

Dr. E. Blessig: «Demonstration des Cohn'schen Apparates zur Bestimmung der Beleuchtungsstärke».

Professor Bellarminow: «Mittheilungen aus dem Bericht über die Thätigkeit der augenärztlichen sogenannten fliegenden Colonnen für das Jahr 1898».

Ausgesandt wurden 36 Abtheilungen von welchen 50,222 Augenkranke empfangen wurden. Unheilbar Blinde wurden 3432 gezählt. Grössere Operationen wurden 10,215 ausgeführt. Das medicinische Personal betrug 135 Personen, darunter 100 Aerzte.

Seit dem Jahre 1893 sind vom Curatorium zur Verhütung der Blindheit gegründet worden: 63 Augenheilstätten, darunter 10 Augenheilanstalten. Von 1893 bis 1898 sind 142 Abtheilungen thätig gewesen; dieselben haben 218840 Augenkranke empfangen und 65668 Operationen sind ausgeführt worden. Von 1893 bis 1898 sind in den 63 beständigen Augenheilstätten empfangen worden 111187 Augenkranke und 20,001 Operationen wurde ausgeführt. Sehr wesentlich ist auch der ausbildende Nutzen der Colonnen gewesen, da sich über 300 Aerzte dort praktisch beschäftigt haben. Da von gewisser Seite der Nutzen der sogenannten fliegenden Colonnen angegriffen worden — so im besonderen in der Section für Augenheilkunde auf dem Congresse zu Kasan — wünscht Bellarminow die St. Petersburger Ophthalmologische Gesellschaft möge in der Frage sich äussern und zu derselben Stellung nehmen. Er stellt 5 Thesen zur Discussion. Die Angelegenheit soll auf einer späteren Sitzung erledigt werden.

Sitzung vom 24. Februar 1900.

Dr. Th. Germann: «Verletzung des linken Auges durch einen Eisensplitter, unerwartetes Resultat der Röntgenphotographie dieses Falles».

Autoreferat im Jahrgange 1900 pag. 158 dieser Zeitschrift.

Dr. N. R. Botwinik: «Ueber die Behandlung von Hornhauttrübungen mit einem wässerigen Extract aus Gewürznelken».

Es ist dieses ein bekanntes sogenanntes Volksmittel. Im Jahre 1899 bearbeitete Kraftschenko unter Professor Bellarminows Leitung dieses Thema. Gute, schwere Gewürznelken werden fein zerstossen und das erhaltete Pulver wird im Verhältnisse von 1:15 mit destillirtem Wasser begossen. Man lässt es etwa 5 Minuten stehen und verreibt darauf sorgfältig in einem Porcellanmörser. Dann wird filtrirt. Die Flüssigkeit wird auf die Hornhautflecken gepinselt oder eingeträufelt. Botwinik träufelte zwei mal täglich ein. Die Application ist recht schmerzhaft, aber das Brennen geht bald vorüber. Er versuchte das Mittel an 34 Augen mit den verschiedensten Reibungen. In 26 Fällen will er eine Aufbesserung des Sehvermögens constatirt haben. Gebraucht wird von 2 bis zu 6 Wochen lang.

Dr. J. P. Petschnikow: «Bericht über eine fünfjährige okulistische Thätigkeit».

Bereits referirt Nr. 1 dieser Beilage 1901.

Sitzung am 30. März 1900.

Dr. W. P. Kalaschnikow: «Stellt einen Kranken vor mit einem Cysticercus im Glaskörper».

Dr. Dolganow: «Demonstrirt einen Patienten mit Resten der Arteria hyaloidea».

Prof. Bellarminow: «Stellt eine Patientin vor mit bestem Erfolge operirt an Epicanthus nach Wicherkiewicz».

Vergleiche den Bericht über den internationalen Congress der Augenärzte zu Utrecht 1899.

Dr. Tschemolosow: «Zur Anatomie des Coloboms der Sehnervenscheide».

Demonstration von Präparaten. Zum Referat nicht geeignet. Eine ausführliche Beschreibung nebst Bildnissen soll in den Medicinischen Beilagen des «Morskoi Sbornik» erscheinen.

Dr. A. E. Misowski: «Ein Fall von Glaucom im jugendlichen Alter».

Ein Artillerist von 23 a. n. am linken Auge hinter dem unteren Lide, etwa auf der Mitte zwischen unterem Hornhautrande und dem Aequator des Augapfels eine klein-erbsengrosse staphylomatöse Ausbuchtung der Sclera. An der symmetrischen Stelle des anderen Auges ein bläulicher Fleck in der Sclera. T. B. beiderseits deutlich erhöht. Pupillen erweitert. Beiderseits Halo glaucomatosus, deutliche Parallaxe. Visus beiderseits = 20/50. In der Chorioidea zerstreut einige Pigmentveränderungen und atrophe Stellen. Der Vater ist seit Jahren blind in Folge «heftiger Kopfschmerzen». Eine specifische Kur hatte keinen Erfolg. Patient wurde des Dienstes entlassen.

Dr. Tschemolosow: «Ueber Tuberculose der Bindehaut».

Demonstration von Präparaten. Nr. 2 dieser Beilage 1901.

Dr. E. F. Klimowitsch: «Demonstrirt einen Augenspiegel N. K. Smirnow's».

Die Angabe über die Construction ist zu ungenau. Eine eingehende Beschreibung soll folgen.

Sitzung am 27. April 1900.

Prof. Bellarminow: Demonstrirt den «Auxiliographen» Gustowsky's — eines Blinden welcher den Apparat angegeben um den Blinden das Schreiben zu erleichtern. Der Apparat ist brauchbar für — im späteren Alter Erblindete.

Dr. W. N. Domanow und E. F. Klimowitsch: «Ueber die Eigenschaften und Verwendbarkeit gelber und gelbgrüner Gläser».

Veröffentlicht im «Wratsch» 1900 Die gelben Gläser sollen das Sehen an sich deutlicher machen; werden in der deutschen Armee zum Schiessen gebraucht. Die gelb-grünen sollen gute Schutzbrillen sein. Beide Sorten absorbiren violette und ultraviolette Strahlen.

Dr. N. J. Andogski: «Ueber die Thätigkeit der Augenärzte welche in den Sarapulschen Kreis des Wjatkaschen Gouvernements gesandt waren».

Gearbeitet wurde vom 3. December 1899 bis zum 1. März 1900 an drei Punkten nach einander. In Summa 6393 Augenkranke, davon 36 pCt. Trachomkranke. Besonders stark verbreitet ist das Trachom unter den Wotjaken. 405 unheilbar Blinde meldeten sich; häufigste Ursache der Erblindung war das Trachom. Operationen wurden 1869 ausgeführt. Extractionen 110. Lidoperationen wegen Entropium und Trichiasis 1314! Von den örtlichen Landärzten wird gegen das massenhafte Vorkommen der Trichiasis mit Eutropium die Galliard'sche Naht angewandt. Die fast immer sich einstellenden Recidive haben die Kranken misstrauisch gemacht.

Dr. Blessig: «Ein Fall von Symblepharon congenitum palp. super. o. dextri, Kryptophthalmus cystoides oc. sinistri».

Eine Ausführliche Beschreibung des Falles bringen die «Klinischen Monatsblätter für Augenheilkunde».

Dr. E. F. Klimowitsch: «Demonstrirt ein Prisma vorgeschlagen von A. L. Gerschun um das Vorhandensein oder das Fehlen des binocularen Sehens nachzuweisen».

G—n.

Wojenno-Medizinski Shurnal. Januar und Februar 1901.

J. Ssamtschuk: «Behandlung des Trachoms mit Sublimat in Glycerin». (Nr. 1).

Die vom Verf. angewandte Lösung besteht aus 0,12 Sublimat in 30,0 Glycerin. Mit dieser Lösung wird die Conjunctiva palpebrarum mit einem Wattepinsel nicht häufiger, als jeden dritten, gewöhnlich aber jeden fünften Tag, oder noch seltener, bestrichen. Das Brennen nach dem Pinseln ist ziemlich stark, dauert aber nur kurze Zeit, gewöhnlich nicht mehr als 1/2 Stunde. Bei wiederholter Pinselung dauert der Schmerz

noch weniger. Schädliche Folgen für Hornhaut und Iris wurden nicht beobachtet. Am folgenden Tage nach der Pinselung gebraucht Verf. gewöhnlich Zinktropfen, zuweilen mit Cocain, je nach dem Zustande der Augen; bei Auflockerung der Conjunctiva — Pinselungen mit 2—3 pCt. Silbernitratlösung mit nachfolgender Auswaschung mit Kochsalzlösung. Von den 485 behandelten Patienten war das Trachom bei den meisten stark ausgesprochen; bei vielen bestand bedeutende Conjunctivitis und schleimig-eitrige oder eitrige Secretion. Geheilt sind 266 d. h. 54.7 pCt., bei den nicht geheilten trat bedeutende Besserung ein. Ausser der antiseptischen Wirkung ruft die starke Sublimatlösung, nach der Meinung des Verf's, eine starke Hyperaemie der Conjunctiva hervor, die einen lebhaften Stoffwechsel in ihr bedingt und einen rascheren Zerfall und Resorption der Körner begünstigt.

A. Woinitsch-Sjanoshezki: «Resection des Oberkiefers». (Nr. 1).

P. Ssorotschinski: «Ueber die Behandlung der Zähne beim Militär». (Nr. 1).

W. Loktew: «Zur kasuistik der Papillome der Conjunctiva». (Nr. 1).

W. Ewans: «Uebersicht der Behandlungsmethoden des Erysipels». (Nr. 1).

Nach einer ausführlichen Uebersicht aller bis jetzt angewandten Methoden berichtet Verf. über die Resultate der Anwendung in 27 Erysipelfällen (24 Fälle von Erysipel des Gesichts und der behaarten Kopfhaut und je 1 Fall von Erysipel des Oberarms, der Hand und des Unterschenkels) von Bepinselungen der afficirten Partien mit einer Mischung aus Tannin 4,0. Campher 1,25 und Collodium 30,0. Todesfälle sind nicht vorgekommen. Der Krankheitsprocess sistirte am 2.—6. Tage. Die Pinselungen gefallen den Patienten, da sie die Schmerzen rasch lindern und die Wäsche nicht beschmutzen; die Salbe reibt sich nicht ab und behält ihre Wirkung für längere Zeit.

A. Nikolajew: «Ein Fall diffusen Emphysems des Unterhautzellgewebes». (Nr. 1).

Der beobachtete Fall gehört zum Aspirationsemphysem bei Verletzungen der Hautdecken. Die Luft wurde durch eine kleine, aber weit klaffende Wunde des Hodensackes aspirirt. Aus dem Unnterhautzellgewebe des letzteren ging die Luft, als Pat. Holz getragen hatte, in das Unterhautzellgewebe des Bauches, der Brust, der vorderen Halsoberfläche, des Rückens der oberen Extremitäten und des rechten Oberschenkels über. Die Behandlung bestand in Versorgung der Wunde des Hodensackes und strengem Verbote aller Bewegungen. Nach 16 Tagen wurde die Luft allmählig resorbirt und das Emphysem war vollständig verschwunden.

S. Wassilenko: «Ein Fall von Elephantiasis des Penis». (Nr. 1).

Der Penis hatte eine unregelmässige Form, die an das lateinische S erinnerte. seine Hautdecken sehr warzig; die Warzen waren hanfkorn- bis bohnengross. Caput penis war nicht zu sehen; beim starken Zurückziehen des Präputiums nach oben konnte man nur die Harnröhrenmündung wahrnehmen. Die Länge des Penis betrug 21½ cm., seine grösste Dicke — 17 cm. Geschlechtssinn und Erectionen waren beim Pat. vollkommen normal, letztere etwas schmerzhaft; im Erectionszustande wurde der Penis noch grösser. Als Ursache seines Leidens betrachtet Pat. einen von ihm überstandenen erysipelasähnlichen Process am penis. Von der Elephantiasis waren beim Pat. auch der Fuss und der rechte Unterschenkel ergriffen; die Krankheitsursache konnte nicht eruirt werden.

M. Schackewitsch: «Ein Fall von Simulation einer Geisteskrankheit». (Nr. 1).

D. Krylow: «Zur Frage der Contagiosität der Lepra». (Nr. 1).

Verf. beschreibt einen Fall, bei dem 6 Jahre nach der Rückkehr vom Militärdienst eines leprösen Soldaten, an derselben Krankheit seine Mutter erkrankte. Ihre Krankheit war eine vollkommene Wiederholung der Krankheit des Sohnes. Beide sind unter den Erscheinungen eines allgemeinen Marasmus gestorben. 3 Jahre nach der Erkrankung der Mutter erkrankte an Lepra auch die Schwester des Soldaten und nach weiteren 2—3 Jahren deren Mann. Diese Beobachtung beweist, dass die Contagiosität der Lepra keinem Zweifel unterliegt und dass die Incubationsperiode derselben, wahrscheinlich, recht lang dauern kann.

S. Nowosselski: «Ein Fall von Erstarrung der Wirbelsäule». (Nr. 1).

Diese Krankheit wurde zuerst von Prof. Bechterew 1892 beschrieben. Der vom Verf. beobachtete Pat. war 30 a. n. Seine Mutter leidet in den letzten 10 Jahren an derselben Krankheit. Vor 3 Jahren bekam Pat. einen starken Schlag beim Sägen eines Baumes, der ihm auf den Rücken gefallen war. In den ersten 3 Monaten nach diesem Unfalle lag Pat. zu Bett und konnte wegen der starken Schmerzen im Rücken nicht gehen. Darauf bemerkte er, dass ihm schwer fiele die Wirbelsäule zu beugen; diese Schwerbeweglichkeit ging allmählig in vollkommene Unbeweglichkeit über. Die Wirbelsäule war im Hals- und oberen Brusttheile stark nach hinten gekrümmt ohne compensirende Lordose des Lendentheiles. Der Brustkorb stark abgeplattet, die Zwischenrippenräume eingezogen, Athmungstypus ausschliesslich abdominal. Ausserdem: Atrophie der Schultermuskeln, Steigerung der Sehnenreflexe und Sensibilitätsstörungen.

M. Pokrowski: «Zur Pathogenese und Bacteriologie der allgemeinen septischen Erkrankungen». (Nr. 1).

M. Ssadowski: «Ein seltener Fall von Epilepsie mit günstigem Ausgange». (Nr. 1).

Bei dem vom Verf. beobachteten Pat. bestand keine hereditäre Disposition zur Epilepsie, auch hatte er keine Nervenerschütterung, die die Epilepsie hervorruffen könnte. Eine Rolle spielte vielleicht in der Entwickelung seiner krankheit die Erkaltung: er lag auf kalten Boden, worauf die Anfälle eingetreten waren; sie waren sehr häufig, bis 66 in 12 Stunden. Die Krankheitsursache war wahrscheinlich eine organische und einige Symptome sprachen für eine Neubildung im Gehirn.

A. Bulatnikow: «Zur Frage über Appendicitis und ihre Behandlung». (Nr. 2).

A. Worobjew: «Kritische Bemerkungen über den therapeutischen Werth der Gelatine bei Aneurysmen und Blutverlusten». (Nr. 2).

A. Gritschenko: «Ein Fall von Perforation der Speiseröhre durch einen Fremdkörper». (Nr. 2).

K. Schulygin: «Cocain in der Chirurgie». (Nr. 2).

N. Barankin: «Ein Fall von erworbener diffuser Ichthyosis, die sich nach einer Nervenerschütterung entwickelt hatte». (Nr. 2).

Die meisten Dermatologen betrachten die Ichthyosis als eine angeborene, am Ende des 2. Lebensjahres sich entwickelnde Krankheit, und negiren vollständig das Vorkommen einer erworbenen Ichthyosis bei älteren Personen. Verf beschreibt einen typischen Fall von echter erworbener Ichthyosis bei einem 23-jährigen Kosaken. Seine Verwandten haben an dieser Krankheit nie gelitten: er selbst war immer gesund und hatte eine glatte und weiche Haut. Die Krankheit hat vor 2½ Jahren begonnen, 2 Wochen nach einem starken Schreck beim Fall vom Pferde am steilen Ufer eines breiten Flusses. Die Hautveränderungen traten zuerst an den Oberschenkeln und Händen auf und verbreiteten sich bald über den Rücken, Bauch und ganzen Körper. Am Rücken, Bauche und in der Gegend des Deltoides waren die dünnen, rhombischen oder vieleckigen, Hornplättchen, von der Grösse einer 5 bis 15 Kopeckenstückes, im Centrum fixirt und an den Rändern etwas abgehoben und gaben der Haut das Aussehen einer mit sechseckig behauenen Holzklötzen belegten Strasse (ichthyosis nacrée). An den Oberschenkeln, Knien, Schultern und Ellenbogen waren die Hornschichten dicker und die Haut war einem Reibeisen ähnlich. An den Handflächen war die Haut verhornt und schwielig, an den Fusssohlen stellte sie eine diffuse, fast 1 cm. dicke, Schwiele dar, am Gesichte — rissig und mit kleinen Schuppen bedeckt. An der behaarten Kopfhaut — starke kleienförmige Abschuppung. Die Krankheit verursachte dem Pat. keine Schmerzen ausser einem unangenehmen Gefühl von Trockenheit und Erstarrung der Haut.

W. Snojko: «Ein Fall von Lepra maculo-nervosa». (Nr. 2).
N. Lasarew: «Ein Fall von Lepra maculo-tuberosa». (Nr. 2).

E. Jurgens: «Ueber den diagnostischen Werth der Reaction auf Rhodanverbindungen im Speichel bei Ohrenkrankheiten». (Nr. 2).

Die Erkrankungen des Gehörapparates bleiben nicht ohne Einfluss auf die Function der Nachbarorgane, unter anderen auch der Speicheldrüsen, Der Innervationszustand der letzte-

ren hat einen grossen Einfluss auf die quantitative und qualitative Zusammensetzung des Speichels. Die Parotis des Menschen secernirt im normalen Zustande fast immer Rhodankali oder — Na., bei Innervationsstörungen derselben fehlen diese Bestandtheile im Speichel. Diese Eigenschaft des Speichels benutzte Verf. auf Vorschlag von Prof. Kobert zu diagnostischen Zwecken bei Ohrenkrankheiten. Rhodankali wird hauptsächlich von der Parotis secernirt. Bei chronischer Eiterung aus beiden Ohren fehlt die Rhodanreaction, bei chronischer Otorrhoe eines Ohres kann die Reaction vorhanden sein, weil zum Speichel Rhodankali aus der Parotis der gesunden Seite sich beimischt. Verf. bemühte sich deshalb den Speichel aus jeder Parotis appart zu sammeln mittelst kleiner Wattetupfer die an die Mündungen der Ausführungsgänge auf beiden Seiten für 10—15 Minuten angelegt wurden. Bei Parotitiden und Verstopfungen des Ductus Stenonianus fehlt selbstverständlich die Rhodanreaction im Speichel auch dann, wenn keine Ohreiterung besteht. Dieser Umstand ist aber von keiner besonderen Bedeutung, da Parotitiden und Verstopfungen des Ausführungsganges ja immer leicht diagnosticirt werden können. Verf. beschreibt darauf zahlreiche Fälle, in denen die Rhodanreaction grosse diagnostische Dienste erwiesen hat. Leider wird die Reaction aber von einigen Medicamenten verändert.

W. Loktew: «Ein Fall von Ectropium hervorgerufen durch Ichthyosis». (Nr. 2).

A. Schiele: «Ein Fall von Luxatio lentis mit darauffolgendem acutem Glaukom». (Nr. 2).

J. Sassaparel: «Behandlung des Pterygiums durch Massage». (Nr. 2).

P. Judin: «Ueber den Einfluss des Kasernenlebens auf das Blut». (Nr. 2).

Die Untersuchungen des Verf. ergaben: Nach längeren Marschen ist das Blut sehr arm an seinen Bestandtheilen. Bei schon längere Zeit dienenden, so zu sagen abgehärteten, Soldaten verbessert das Kasernenleben rasch die Zusammensetzung des Blutes, während bei jüngeren Soldaten dasselbe einen bedeutenden Theil seines Hämoglobins und seiner Blutkörperchen verliert; nur nach längerer Zeit, wenn der Soldat sich an's neue Leben gewöhnt hat, gleicht sich die Zusammensetzung des Blutes wieder aus. Die Fasten wirken günstig auf's Blut, sie vermindern zwar die Zahl der rothen Blutkörperchen, vermehren aber dafür den wichtigsten Bestandtheil desselben — das Hämoglobin. Die Wirkung des Wechselfiebers auf's Blut ist eine sehr ungünstige: es vermindert sowohl das Hämoglobin, als auch die Zahl der rothen Blutkörperchen. Für klinische Zwecke ist die Blutkörperchenzählung allein ungenügend, es muss auch das Hämoglobin gemessen werden.

W. Ditmann: «Ein Fall von Hundswuth bei einem jungen Soldaten». (Nr. 2).

M. Jantschewski: «Dystrophia muskularis progressiva». (Nr. 2).

N. Saltykow: «Die Medicin und Hygiene auf der Pariser Weltausstellung 1900». (Nr. 2). A. Sacher.

Medicinskoje Obosrenje. März, April, Mai. 1901.

A. Dalinger: «Ueber Nephroraphie bei Wanderniere». (Casuistischer Beitrag).

D. Blagowjeschtschenski: «Ein Fall von malignem Tumor der linken Niere».

Der Fall bietet insofern besonderes Interesse, als neben den bekannten für maligne Nierentumoren characteristischen Erscheinungen, ein Symptom besonders auffallend war, und zwar, dass mit dem Urin eigenthümliche wurmartige, kleinen Ascariden sehr ähnliche Gebilde abgingen, die auf dem Querschnitt eine ganz regelmässige Schichtung erkennen liessen, es handelte sich wie die nähere Untersuchung ergab um Fibringerinnsel. Autor ist der Meinung, dass diese Gebilde im Ureter der kranken Niere gebildet wurden.

J. Flerow: «Uebert raumatische Herzrupturen. Bietet nichts Neues».

E. Schwalbe: «Ein seltener Fall von Darmsteinen».

Die wahren Darmsteine — zur Unterscheidung von den falschen (eingetrocknete Faecesmassen) — können zweierlei Herkunft haben, sie können endogen oder exogen entstanden sein. Die endogenen Enteroliten sind die häufigeren; sie verdanken ihre Entstehung einem besonderen Darmleiden und stehen in inniger Beziehung zu den allgemeinen Stoffwechselkrankheiten, der gichtischen Diathese, dem sog. Arthritismus. Viele Autoren weisen darauf hin, dass diese Darmsteine besonders häufig bei der sog Enteritis membranacea zu finden sind. Sehr häufig sind die Symptome die solche Enteroliten erzeugen, ganz analog denen bei der Chole- resp. Nephrolithiasis. Es treten starke Darmkoliken auf, Ueblichkeiten, Erbrechen, und während eines solchen Anfalles werden die Darmsteine resp. der Darmsand entleert. Die chemischen Bestandtheile der Steine sind theils organischer, theils anorganischer Natur (phosphorsaures Magnesium, kohlensaures Calcium, phosphorsaures Ammoniak-Magnesium). Die exogene Entstehung der Steine ist viel seltner, deren Bildung verdankt dem langdauernden Gebrauch von Kreide, Sand, Erde, Kohle etc. Autor beschreibt einen höchst interessanten Fall: Eine 68 jährige Frau wurde in das Katharinenhospital zu Moskau mit den Erscheinungen einer diffusen Peritonitis im moribunden Zustande aufgenommen. Bei der Autopsie ergab sich Abschnürung einer Dünndarmschlinge durch einen Strang; daneben aber fand sich im Verlaufe des ganzen Dickdarmes eine Menge von grösseren und kleineren (Pflaumen bis Haselnussgrösse) grauweisslichen Steinen, die in den haustris lagen, umgeben von grossen Schleimmassen. Chemisch erwiesen sich die Steine als kohlensaures Calcium (die Verwandten gaben später an, dass die Frau lange Zeit viel Kreide zu sich nahm). Das Gesammtgewicht der Steine betrug 710 Gramm.

W. Swenzizki: «Ueber die Colitis in der Mandshurei».

Die Krankheit ist sehr häufig; aetiologisch beschuldet Autor das Geniessen von rohem Wasser, Erkältung des Leibes etc. Die Symptome setzen gewöhnlich plötzlich ein; es treten starke Koliken neben den Durchfällen auf; letztere werden am 2. oder 3. Krankheitstage blutig und enthalten viel Schleim. Besonders charakteristisch sind die Schmerzen in der Gegend der flexura sigmoidea, im rechten Hypochondrium und in der Gegend des Blinddarmes. Das Fieber kann bis 40 und darüber steigen. Bei absoluter Diät gehen die Symptome bereits am 5. oder 6. Krankheitstage zurück. Die Behandlung besteht in Verabfolgung von Ricinusemulsion (Calomel, schwefelsaures Natron und andere Laxantien sollen nicht Verwendung finden) und darauf folgend Clysmen aus Lapis oder Argonin.

A. Kissel: «Ueber das nervöse Bronchialasthma bei Kindern und dessen Behandlung mit Jodnatrium».

Autor hat früher 5 Krankengeschichten publicirt nunmehr werden 2 neue Fälle vorgeführt. Alles, was Kissel über die Pathogenese und Therapie in langer Auseinandersetzung explicirt und zu beweisen sucht, ist bereits bekannt und bietet nichts Neues.

K. Buinewitsch: «Ueber den osmotischen Druck thierischer Flüssigkeiten. Kryoskopie des Harns und des Blutes».

Autor hat die Untersuchungen von Lindemann und von Richter und Roth nachgeprüft und hat analoge Resultate erhalten. Ganz besonders aber interessirte ihn die Frage, wie sich die Gefrierpunktbestimmungen des Harns verhalten bei der Mitralstenose, wo eine Hypoplasie des Gefässsystems angenommen werden muss. Die Resultate stimmen mit denen, die von anderen Autoren bei anaemischen Zuständen gefunden worden sind, überein. (Hypostenurie, moleculare Oligurie, relative Oligochlorurie).

J. Iwanow: «Ueber die Sehnenreflexe bei Kleinhirnerkrankungen».

21-jährige Kranke: ausgesprochenes Romberg'sches Symptom, Schwanken des Körpers nach der rechten Seite hin, völlige Amaurose, Exophtalmus, erweiterte und ungleiche Pupillen, Stauungspapille, rechtsseitige Schwerhörigkeit. Die Diagnose wurde auf eine rechtsseitige Geschwulst im Kleinhirn gestellt und die Operation bestätigte diese Diagnose. Leider sass das Fibrosarcom so tief, dass Autor die ganze Geschwulst nicht entfernen konnte. Interessant war das Verhalten der Sehnenreflexe. In den ersten Tagen der Beobachtung waren dieselben in hohem Maasse verstärkt, so dass sogar Fussclonus hervorgerufen werden konnte, es wurden dann allmählich die Reflexe schwächer und zwar auf beiden Seiten nicht gleichmässig, rechts waren sie stärker, als links; schliesslich schwanden sie an beiden unteren Extremitäten, während sie an den oberen Extremitäten noch deutlich hervorgerufen werden konnten; endlich e loschen auch diese. Bald nach der Operation fand Autor wieder leichte Patella-

reflexe und deutlichen Fussclonus, der erst 2 Tage vor dem Exitus verschwand, während die ersten sich bald wieder verloren. Autor hat das Rückenmark einer eingehenden Untersuchung unterzogen. Mit der Methode von Marchi gelang es ihm Veränderungen an den Hintersträngen nachzuweisen; besonders afficirt waren Hals und Lendentheile des Rückenmarks, während der Brusttheil wenig Veränderung zeigte, ferner war der pathologische Befund rechts stärker ausgesprochen, als links. Die Laesion betraf die hinteren Wurzel in deren intramedullärem Abschnitte; der extramedulläre Abschnitt und die Lissauer'sche Zone waren normal. Es handelt sich somit um eine ausgesprochene Degeneration der reflexogenen Fasern. Das Fehlen der Reflexe bei den Kleinhirntumoren kann nach Verf. nicht von der Erkrankung des Kleinhirns selbst abhängen, sondern von der Miterkrankung des Rückenmarks, wobei die Hauptrolle dem erhöhten intracraniellen Druck zuzuschreiben sei.

Z. Schabad: «Ein Fall von Angioneurose der Extremitäten mit Elephantiasis der unteren».

P. Radzich: «1) Ein Fall von Microtia cum atresia auris congenita, 2) Ein Fall von Diaphragma osseum im knöchernen Gehörgange».

M. Tschlenow: «Ein primäres tuberculöses Geschwür am penis».

Höchst seltner Fall; die Diagnose wurde auf Grund des mikroskopischen Befundes gestellt.

S. Schaginjan: «Zur Behandlung der Elephantiasis mit subcutanen Calomelinjectionen».

Bei einem ausgesprochenen Fall von Elephantiasis der unteren Extremitäten wandte Autor mit sehr gutem Erfolge die eben genannte Behandlungsmethode an. Es wurde eine Suspension von Calomel in Vaselinöl (5 pCt.) verwendet und zwar zunächst je 5 Theilstriche der Pravaz'schen Spritze in jede Extremität, später 7 Theilstriche. Im Ganzen wurde im Verlaufe von 2 Monaten und 10 Tagen 0,9 Calomel verbraucht. Gespritzt wurde in Intervallen von 3—6—8 Tagen, je nach der Intensität der Reaction, die zuweilen recht heftig war (starke Röthung, locales Infiltrat, Bläschenbildung). Der Effect dieser Behandlung war ein sehr auffallender.

1) Starke Verringerung des Volumens der Extremität.

2) Veränderung der Gewebe der laedirten Extremitäten; statt des bekannten fibrös-sklerotischen Zustandes der Haut, nahm letztere allmählich ihr normales Aussehen an; das Oedem schwand vollkommen.

3) Die Functionen der unteren Extremitäten besserten sich in ganz auffallender Weise: die Kranke, welche, weder stehen, noch gehen konnte, erhielt wieder die Möglichkeit sich zu bewegen.

N. Ssaweljew: «Aspirin bei Pleuritis exsudativa».

Autor ist mit diesem Mittel sehr zufrieden und zieht es dem salicylsauren Natron vor. An einem Fall von exsudativer Pleuritis demonstrirt S. die günstige Beeinflussung des Leidens durch Aspirin.

D. Kischenski: «Aneurysma cirsoides arteriae lienalis».

M. Blagowjeschtschenski: «Ueber Tenotomie mit vorausgehender Dehnung».

Bekanntlich hat Panas diese Methode zur Heilung des Strabismus 1898 empfohlen, und haben sich bereits viele Operateure (Lagrange, Roosa u. a.) sehr günstig über diese Modification der Schieloperation ausgesprochen. B. stellte nun experimentelle Beobachtungen in dieser Richtung an Kaninchen an. Seine Schlussfolgerungen sind:

1) Ganz unstreitbar wächst der Muskel bei der Tenotomie mit Dehnung weiter an, als bei der einfachen Sehnendurchschneidung.

2) Man kann nicht ein bestimmtes Kraftmaass für die Dehnung angeben, da der Effect von der Entwicklungsgrösse, des Muskels abhängt.

3) Nach der Panas'schen Operation wird der Muskel dicker und fester, als nach der einfachen Tenotomie.

4) Man soll die Muskeldehnung so lange ausführen, bis die Ermüdung noch nicht eingetreten ist, sonst erhält man einen geringeren Effect, als bei der gewöhnlichen Tenotomie.

J. Ginsburg: «Die Actinomykose des oberen Thränencanales».

A. Natanson: «Zur Extraction von Eisensplittern aus der hinteren Augenkammer und dem Glaskörper».

2 interessante Fälle: 1. tiefe Hornhautwunde, traumatischer Staar, Eisensplitter von 4,5—2,0 mm. in der hinteren Augenkammer des linken Auges. Iridectomie — Splitterextraction. Heilung des Staares. Sympathische Ophthalmie des rechten Auges: Enucleation des linken. Heilung der sympathischen Ophthalmie. 2. tiefe Hornhautwunde, traumatischer Staar, Eisensplitter von 2,0—1,5 mm. in der Linse des rechten Auges. Extraction des Fremdkörpers und des Staars. Heilung. Das Nähere ist im Original nachzulesen. Autor giebt eine Zusammenstellung der in der Literatur bekannten Fälle von Verletzung des Auges durch Eisensplitter und führt einige diagnostisch wichtige Punkte an. Was die Behandlung anlangt, so hält sich N. an den bekannten von Terson aufgestellten Principien.

J. Spisharny: «Ueber die Halsrippen».

N. Saweljew: «Die durch das Balantidium hervorgerufene Dickdarmaffection».

Casuistischer Beitrag, sonst enthält der Aufsatz nichts Neues.

A. Swojechotow: «Ein Fall von acuter Leukaemie».

P. Ljubomudrow: «Die Behandlung der zunehmenden Herzschwäche bei acuten Infectionskrankheiten».

Autor weist auf die vorzügliche analeptische Wirkung der subcutanen Kochsalzinfusion hin. Er hat dieselbe bei den verschiedensten Infectionskrankheiten angewandt und zwar gewöhnlich dann, wenn die bekannten Analeptica, Cardiaca und Tonica ganz wirkungslos blieben. Zur Verwendung kam eine 0,9 pCt.-ige Kochsalzlösung, (37° C., 1/2—1 Liter) dieselbe wurde gewöhnlich in die Subclaviculargegend infundirt. Die günstige Wirkung dieser Infusionen beobachtete Autor zunächst an 8 schweren, hoffnungslosen Fällen von Dysenterie; von diesen kamen 6 durch, zwei starben; bei letzteren wurde die Infusion bereits in der Agonie ausgeführt. Autor betont die wunderbare Wirkung auf das Allgemeinbefinden und auf die Herzthätigkeit. Desweiteren wandte L. die Infusionen beim Abdominaltyphus an, und zwar wiederum nur in sehr schweren, hoffnungslosen Fällen, wo bereits eine Menge verschiedener Mittel zur Hebung der Herzthätigkeit vergebens verwendet worden waren. Solche Fälle beobachtete er 12, von diesen kamen doch noch 4 durch. Autor hatte grade den Eindruck, dass diese 4 Fälle nur dank den Salzwasserinfusionen am Leben geblieben war. Einer anderen Methode zur Hebung der Herzthätigkeit hat Verf. ebenfalls äusserst günstige Erfolge zu verdanken; es sind Rectaleingiessung von Lösung des Poehl'schen Sal physiologicum (enthält bekanntlich alle für die Osmose wichtigen Bestandtheile des Blutserums — also Na — 21,51%, Na^2O — 11,02%; K^2O — 4,61%; CaO — 1,38%; MgO — 0,21%; Cl 33,09%; Co_2 — 17,79%; So_3 — 2,39%; P_2O_5 — 1,74%); dieses Salz wird in 1/2—1% Lösung warm in's Rectum infundirt (2 Tabletten à 1,0 auf 1 Glas Wasser von 37° C). Autor hat diese Methode in Fällen von Herzschwäche bei Typhus, Erysipel und Scharlach mit dem besten Erfolge angewandt; nach seinen Beobachtungen wirkt sie entschieden viel mehr, als alle per os zu verabreichende Mittel. Die Rectaleingiessungen eignen sich ferner bei Reconvalescenten nach acuten Infectionskrankheiten bei Vorhandensein von allgemeiner Schwäche, Ohnmachtsanwandlung, Kopfschwindel etc.

L. Frenkel und O. Bronstein: «Experimentelle Beiträge zur Frage von den tuberculösen Toxinen und Antitoxinen».

Die Autoren haben es unternommen nach der von Maragliano angegebenen Methode die toxischen Substanzen aus den Tuberkelbacillenculturen zu isoliren und deren Giftigkeit zu prüfen, ferner nachzuprüfen, ob das Maragliano'sche Serum im Stande sei diese Toxicität zu neutralisiren. Das Nähere über die Gewinnung der Toxalbumine und der Toxoproteine ist im Original nachzulesen, übrigens ist dies bereits von Maragliano selbst auseinandergesetzt worden. Die Schlussfolgerungen der Autoren sind folgende. 1. Man kann aus den Culturen der Tuberkelbacillen neben dem Koch'schen Glycerinauszug — dem Tuberkulin, eine ganze Reihe von Derivaten, und zwar auf ganz einfachem Wege erhalten; diese Derivate sind — Tuberculotoxin, flüssiges und festes (tossina praecipatata), wässriger Tuberkulinauszug, entfettete Bacillen — bacilli digrassati etc. 2. Viele von diesen Producten haben eine ausgesprochene Toxicität die sogar messbar ist. 3. In gewissen Dosen bewirken sie alle den Tod des Versuchsthieres unter typischen Erscheinungen. 4. Durch allmähliches Einverleiben dieser Producte in langsam ansteigender Dosis, kann man bei Thieren eine active Immunität hervorrufen. 5. Das Serum immunisirter Thiere besitzt ausgesprochene antitoxische Wirkung.

Abelmann.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei. Nr. 12, 1900 und Nr. 1 u. 2. 1901.

J. Strauch: «Totalexstirpation des Uterus per vaginam post partum wegen Portiocarcinom». (Nr. 12).

Eine 35-jährige war im 9. Monat schwanger und hatte ein Carcinom der hinteren Muttermundslippe. Pat. bekam vor dem Termin Wehen. Application der Zange, starke Blutung und Abgang von stinkenden Gazen (Physometra). Sofort nach der Geburt des lebenden Kindes führt Verf. die Totalexstirpation (mit Klammern) aus. Genesung.

W. Stoljipinsky: «Ein Fall von Kaiserschnitt bei relativer Indication». (Nr. 12).

Eine 31-jährige Schwangere hatte einen Abort, eine Perforation und eine künstliche Frühgeburt durchgemacht. Beckenmasse: dist. crist 24, dist. spin 23, dist. troch. 29, Conj. ext. 18, Conj. diag. 8 ctm. Bei einer Eröffnung von 4 Finger Muttermund Sectio caesarea mit Eröffnung der Uteruswand in der Längsrichtung. Lebendes Kind, gute Contraction des Uterus, zweietagige Naht der Uteruswand. Die Tuben wurden beiderseitig doppelt unterbunden, durchtrennt, die Schnittflächen mit ac. carb. concentr. geätzt und mit Peritoneum umsäumt. Genesung.

N. Marjantschik: «Ueber den Verlauf der Schwangerschaft, Geburt und des Wochenbettes bei jungendlichen Erstgebärenden (Nr. 2—5 und 6—11).

Als junge Erstgebärende bezeichnet M. 16—20-jährige. Die Schwangerschaft verläuft ohne besondere Abweichungen von der Norm. Die Dauer der Geburt ist bei jungen Erstgebärenden länger als sonst, die Nachgeburtsperiode verläuft desto rascher. Was die Frucht betrifft, so ist diese desto leichter und kleiner, je jünger die Mutter, ausserdem ist die Sterblichkeit der Kinder eine grössere. Complicationen, wie Eclampsie, heftige Blutungen treten im jugendlichen Alter seltener auf.

1901.

A. Gubarew: «Ueber die Laesion der Harnblase und des Harnleiters bei Operationen an den Beckenorganen der Frau». (Nr. 1).

G. theilt einige Fälle aus seiner Praxis mit, wo er mit einem Ureter in Collision gerathen und giebt an, wie man eine Verletzung der Harnwege erkennt. In einem Falle, wo Verf. gelegentlich der Exstirpation einer intraligamentär gelegenen Geschwulst die Bauchhöhle drainirte, entstand eine Fistel — eine Blasen-Bauchdeckenfistel, welche nach Entfernung der Ligaturen heilte. In den seltensten Fällen nimmt man zur Exstirpation der betreffenden Niere oder zur Unterbindung derselben zwecks Herbeiführung der Atrophie (Fenomenow) seine Zuflucht. Im Allgemeinen ist die Vernähung der durchschnittenen Ureterenenden anzurathen. Verf. giebt das Verfahren von Hook und Kelly an. In einem Fall operirte G. in der Art, dass er in das untere Ende des Ureters einen Längsschnitt machte, um das Lumen weiter und geeigneter zum Invaginiren des oberen Endes in das untere zu machen. Nach Einstülpung des oberen Endes in das untere wird, wie an einer Zeichnung illustrirt, eine exacte Naht angelegt. Darauf wurde das Peritoneum darüber vernäht. Pat. genas, starb aber am 31 Tage an Uraemie. Bei der Section erwies es sich, dass der genähte Ureter durchgängig und die genähte Stelle gut verheilt war. Pat war an einer Nephritis gestorben.

N. Ratschinsky: «Uterussteine». (Nr. 1).

Bei Gelegenheit der Eröffnung einer Leiche fand R. in der erweiterten Gebärmutterhöhle eine Menge Steine verschiedener Form und Grösse bis zu Wallnussgrösse von grau-brauner Farbe. Die chemische Analyse ergab die Anwesenheit von kohlensauren und phosphorsauren Kalksalzen, das microskopische Bild nach der Entkalkung zeigte Muskel- und Bindegewebe mit hyaliner Degeneration. Einen Stein förderte v. Ott durch Laparotomie zu Tage (bei einer 61 jährigen Frau) aus dem hinteren Scheidengewölbe. Der Process der Verknöcherung der Gebärmuttergeschwülste ist nur bei alten Individuen möglich, die Ablagerung der Kalksalze findet mehr im Centrum der Geschwülste statt, oder auch in der Peripherie in Form von Kapseln.

A. Dranizin: «Ueber einen erfolgreich behandelten Fall von inveterirter Inversio uteri nach Piccoli». (Nr. 1).

Einer 51-jährigen Frau wurde ein fibröser Polyp entfernt und bald darauf entwickelte sich eine Inversio uteri, welche operativ behandelt wurde und zwar: Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes, Befreiung des Uterustrichters von den Verwachsungen, Längsschnitt durch den Rest der cervix, Inversionstrichter und die hintere Uteruswand, Reinversion, Vernähung der hinteren Uteruswand. Das hintere Scheidengewölbe wurde durch den Querschnitt drainirt. Am 3. Tage nach der Operation erhöhte Temp. und Icterus. Genesung. Verf. schreibt Piccoli die Priorität dieser Methode zu.

A. Dranizin: «Ueber die Fixation und Erweiterung der Cervix bei der Behandlung der inveterirten Inversio auf manuellem Wege und über die Bedeutung dieser Methode». (Nr. 1).

Als unblutige Methoden gelten die Colpeuryse und das Redressement. Verf. legt grosses Gewicht auf die «Fixation» als ersten Act eines blutigen oder auch unblutigen Eingriffes bei einer Inversio. Von dieser Methode machte er Gebrauch bei einer lange bestehenden Inversio. Die Cervix wird in ihrer Circumferenz von 8 Ligaturen, die ringförmig und an der äusseren Fläche des Cervicalringes angelegt wird, gefasst. Die Fäden werden von den Assistenten in entsprechender den Ring erweiternder Weise angezogen, zugleich bleibt dabei die Cervix bei der nun folgenden manuellen Reposition fixirt, ohne nachzugeben. Diese erfolgt in der Weise, dass die Handflächen auf den invertirten Fundus drücken, während die Finger bald von der einen, bald von der andern Seite den Trichter zu reponiren versuchen. Unter allen conservativen Verfahren ist die manuelle Reposition die beste Methode, öfters wird diese durch eine vorher eingeleitete Colpeuryse erleichtert.

Schipow: «Ueber die Gesetze der Evolution und die Ursachen, welche auf die Entwickelung des männlichen und weiblichen Geschlechtes einwirken». (Nr. 1 und 2).

Nach einer Excursion über die Darwinsche Lehre berichtet Verf., dass er über 368 Beobachtungen verfügt, d. h. 368 Frauen aus dem niederen Stand auf die verschiedensten Punkte hin examinirt hat, welche auf die Entwickelung des Geschlechtes von Einfluss sein könnten. Frauen, welche früh geheirathet haben, bringen mehr Mädchen zur Welt, in gleicher Beziehung steht das besonders jugendliche Alter des Vaters. Erhöhte Lebensenergie, reger Stoffwechsel, stärkere körperliche Anstrengung findet sich nach statistichen Angaben bei solchen Frauen, die mit Knaben niederkommen. Auf die übrigen Verhältnisse, Nahrung, psychisches Verhalten der Frau, Schlaf etc. kann hier nicht näher eingegangen werden.

A. Abrashanow: «Eine autoplastische Methode zur Schliessung einer Blasen-Scheidenfistel». (Nr. 1)

Verf. führt in einer Entfernung von ½—1 Ctm. vom Fistelrand circulär einen Schnitt durch die Vaginalschleimhaut, der Saum vom Schnittrand bis zum Fistelrand wird vom darunter gelegenen Gewebe abpräparirt und wie ein «Kragen» so eingestülpt, dass die Schleimhaut zur Blase hin gerichtet ist. Vernähung in 2 Etagen, eine Etage durch den Rand des Kragens, die andere die Scheidenwand und die angefrischte Wundfläche. Verh eilung.

N. Akazatow: «Ein Fall von Vaginismus wegen Condylomata auf den äusseren Geschlechtsorganen». (Nr. 1).

Eine nervöse Person war gonorrhoisch inficirt, litt an Condylomen an den äusseren Geschlechtstheilen und im Scheideneingang. Vaginismus.

P. Michin: «Ueber das Vorkommen von Bacterien in der Gebärmutterhöhle und den Tuben». (Nr. 2).

Nach einer litterärischen Uebersicht aus der hervorgeht, dass die Frage noch nicht abgeschlossen ist, geht Verf. auf seine Untersuchungen ein, die sich auf 49 Fälle beziehen, von denen in 24 Fällen nur die Gebärmutterhöhle untersucht wurde. In der Mehrzahl der Fälle hat Verf. keine Bacterien gefunden, nur zwei mal virulente. Uterus und Tuben wurden nach der resp. Entfernung auf ihren Inhalt untersucht und selbst in den Fällen, wo Bacterien vorhanden waren, wurden diese im Gewebe selbst nicht gefunden. Die histologische Beschreibung bietet nichts Neues.

J. Kalabin: «53 Fälle von entzündlichen Adnexerkrankungen mit Electricität behandelt». (Nr. 2).

Oophoritis, Salpingo-Oophoritis wurden mit dem galvanischen Strom behandelt mit Einführung eines Poles in die Vagina. Verf. lobt die Methode.

L. Nenadowitsch: «Ueber die Behandlung weiblicher Sexualleiden in Franzensbad». (Nr. 2).

S. Gljadkow: «Ueber die Behandlung der postpuerperalen Parametritis durch die Belastung». (Nr. 2).

Casuistischer Fall.

Lingen.

Дозв. ценз., Спб., 23 Iюня 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften

№ 6 u. 7. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochens[illegible]

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Archiw psichiatrii, neirologii i ssudebnoj psichopatologii (Archiv für Psychiatrie, Neurologie u. gerichtl. Psychopathologie).
Bolnitschnaja gaseta Botkina (Botkin's Hospitalzeitung).
Chirurgia (Chirurgie).
Djetskaja Medizina (Pädiatrische Medicin).
Jeshenedjelnik (Wochenblatt).
Ljetopijss russkoi chirurgii (Annalen der russisch. Chirurgie).
Medizina (Medicin).
Medizinskoje obosrenje (Medicinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Russkij Archiw Patologii, klinitscheskoi Mediziny i Bacteriologii (Russ. Archiv für Pathologie, klin. Medicin u. Bacteriologie).
Shurnal akuscherstwa i shenskich [illegible] burtshilfe und Franenkrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Oph[illegible]).
Westnik klinitscheskoj i ssudebnoj psichiatrii [illegible] (Zeitschrift für klinische und gerichtliche [illegible] Neuropathologie).
Westnik obschtschestwennoj gigieny, ssudebnoj i prakt[illegible]skoj mediziny (Zeitschrift für öffentliche Hygiene, [illegible]liche und praktische Medicin).
Wojenno-medizinskij shurnal (Militär-medicinisches Journal).
Wratsch (Der Arzt).

Bolnitschnaja gaseta Botkina. Nr. 40—52. 1900.

J. Falkner: «Ein Fall von Diabetes insipidus auf syphilitischer Basis». (Nr. 40).

Bei antiluetischer Behandlung ist rasche Besserung aller Krankheitserscheinungen und des allgemeinen Zustandes eingetreten.

W. Konstantinowitsch: «Zur Frage der experimentellen Granulome». (Nr. 40).

Bei mikroscopischer Untersuchung eines Falles von Hautkrebs fand Verf. zwischen den Bindegewebselementen und in den Riesenzellen Sporen von Licopodien. Daraufhin versuchte er einigen Kaninchen Licopodiensporen unter die Haut zu injiciren. Nach 2 — 3 Tagen bildeten sich an der Injectionsstelle kleine bewegliche Sporen, die zum 12. — 15. Tage die Grösse einer Haselnuss erreicht haben und sich etwas mit der Haut verlötheten. Ein von diesen Knötchen wurde am 18. Tage exstirpirt, ein anderes am 45. Tage, als es sich schon bedeutend verkleinert hatte, wie sclerosirt wurde. Auf Grund der mikroscopischen Untersuchung dieser Knoten glaubt Verf., dass sie zu den entzündlichen Bindegewebsneubildungen vom Typus der Granulome gehören. Als Ursache des Erscheinens dieser Granulationsgeschwülste betrachtet er die Licopodiensporen, die hauptsächlich mechanisch als Fremdkörper und theilweise vielleicht auch durch ihre chemischen Substanzen gewirkt haben. Man ersieht daraus wie vorsichtig man sich zu den Untersuchungen jener Autoren verhalten muss, die auf Grund solcher bei Kaninchen auftretender Geschwülste es für möglich halten den aus bösartigen Neubildungen gewonnenen Mikroorganismen eine mehr oder weniger wichtige ätiologische Bedeutung zuzuschreiben.

O Miramo: «Ueber den Eiweisscoefficienten des Harns». (Nr. 41).

Vorläufige Mittheilung.

Wiedenhoffer: «Diabetes mellitus und Iritis». (NNr. 41, 42 und 43).

N. Kirikow: «Zur Parasitologie der Hanot'schen Krankheit (hypertrophische icterische Lebercirrhose)» (NNr. 41 und 42).

Viele Beobachter in Frankreich und bei uns halten diese Erkrankung für ein allgemeines, chronisches infectiöses oder toxisch-infectiöses Leiden des ganzen Organismus. Diese Ansicht theilend, hat Verf. Blutuntersuchungen der Patienten auf Mikroorganismen angestellt. Schon in den ersten 4 zur Beobachtung gelangten Fällen ist es ihm gelungen einen eigenthümlichen Diplococcus nachzuweisen, der auch bei bacterioscopischer Untersuchung des Blutes gefunden wurde.

J. Falkner: «Beiträge zur Lehre von der Influenza». (Nr. 42).

W. Petrow: «Ueber die Formen des Zerfalls der weissen Blutkörperchen bei croupöser Pneumonie». (NNr. 42 u. 43).

Die Ergebnisse der Untersuchungen des Verfassers sind: 1) In den Tagen der Lysis oder Krisis der croupösen Pneumonie schwindet die Leucocythose hauptsächlich infolge stärkeren Zerfalls der einkernigen, vielkernigen und eosinophilen Zellen. 2) In den ersten Stunden und Tagen der Erkrankung ist der Zerfall der weissen Blutkörperchen, wahrscheinlich, geringer, als in der Norm. 3) Der Zerfall der vielkernigen Zellen vollzieht sich nach dem IV. und II. Typus des Zerfalls der weissen Blutkörperchen nach E. Botkin. 4) Der Zerfall der einkernigen vollzieht sich auch hauptsächlich nach dem IV. und II. Typus im Sinne Botkins.

A. Swojechotow: «Zur Frage der Selbstinfection vom Darm aus». (NNr. 43 und 44).

Krankengeschichten 3 genau beobachteter Fälle.

J. Abramowitsch: «Ueber den Einfluss der Schilddrüsenentfernung auf den Gang der Blutreaction bei subcutaner Injection von Pepton». (Nr. 43).

P. Troizki: «Zur Pathologie der Nierenentzündung» (NNr. 44, 45 und 46).

Verf. stellte Beobachtungen an über den Stickstoffumsatz in 9 Fällen chronischer Nephritis; in 6 derselben handelte es sich um die eiweisslose Form der interstitiellen Nephritis — Schrumpfniere, in 3 — bestanden verschiedene, für ein und dieselbe Person constante Eiweissmengen. In allen Fällen wurden Abweichungen von der normalen Stickstoffvertheilung gefunden und zwar: Verminderung des pCt. des Stickstoffgehaltes des Harnstoffs, geringe, aber normale Verhältnisse des Stickstoffs der Harnsäure zur allgemeinen Stickstoffmenge, meistens geringere 24-stündige und pCt ische Kreatininmengen und Steigerung der ganzen Gruppe der Xantinbasen (bei normalen Harnsäurequantitäten). Ein Unterschied in der Stickstoffvertheilung bei der eiweisslosen Form und in den Fällen mit Eiweissausscheidung war nicht vorhanden.

S. Goldberg: «Die Agglutinationsreaction bei verschieden starken Infectionen». (NNr. 44 und 45).

Die Versuche des Verfassers an mit Culturen von Bacillus pyocyaneus und Typhusbacillus inficirten Meerschweinchen und Kaninchen haben folgende Resultate ergeben:

1) Bei tödtlicher Infection ist die Agglutinationsreaction bei Thieren dieselbe, wie vor der Infection.

2) Nicht tödtliche Injectionen rufen eine bei verschiedenen Thieren verschieden starke Zunahme der agglutinirenden Eigenschaften des Blutes hervor. Während das Kaninchenblut, dank der Culturinjection, bedeutend stärkere agglutinirende Eigenschaften erhält, agglutinirt das Meerschweinchenblut die betreffenden Mikroben nicht immer stärker, als vor der Infection.

3) Die Reaction tritt allmählich ein, die Agglutinationskraft steigt dabei bis zu einem gewissen Maximum und sinkt darauf allmählich bis zur anfänglichen Grösse.

4) Bei der Immunisation der Thiere gegen Typhusbacillus und Bacillus pyocyaneus steigt die agglutinirende Eigenschaft des Blutes, die Agglutinationskraft entspricht aber garnicht dem Immunisationsgrade.

5) Die Zunahme der Agglutination ist als ein frühes Zeichen der erfolgreichen Selbstvertheidigung des Organismus zu betrachten.

D. Sokolow: «Ein Fall von Noma bei einem Kinde geheilt durch die Anwendung einer rothen electrischen Lampe». (NNr. 45, 46 und 47).

B. Slowzow: «Ueber die durch einige rohe Nahrungsmittel hervorgerufene Leucocythose». (Nr. 45).

P. Borissow: «Zur Lehre über den Einfluss des Lichtes und der Dunkelheit auf den Thierorganismus». (Nr. 46).

M. Saussailow: «Ueber die Diphtherieerkrankungen an der Jekatherininschen Eisenbahn in den Jahren 1891 bis 1899». (Nr. 47).

W. Wyssokowitsch und Th. Janowski: «Dermatomyositis». (NNr. 48 und 49).

Ausführliche Krankengeschichte und Sectionsprotokoll einer Pat. nebst Litteraturübersicht.

S. Tworkowski: «Ein Fall von Erythromelalgie seu gangraena praesenilis». (Nr. 48).

N. Belezki: «Zur Verbreitung der Scabies im Kiewschen Gouvernement». (Nr. 48).

Das vom Verf. gesammelte statistische Material zeigt, dass die Scabies im betreffenden Gouv. sich immer mehr verbreitet. Im Jahre 1899 kamen auf 1000 Einwohner 163,7 Scabieskranke. Zur Bekämpfung derselben ist vor Allem eine Belehrung des Publicums über die Infectiosität der Krankheit nöthig. Die Behandlung mit Salben ist ungenügend, da die Bevölkerung zum russischen Bade nicht gewöhnt ist und die Patienten nach den Salben dieselbe schmutzige Wäsche wieder anziehen.

E. Hanike: «Zur Analyse der ruhenden und arbeitenden Froschmuskeln». (Nr. 49).

D. Lawrow: «Ueber die Ausscheidung des Antipyrins aus dem Thierorganismus». (Nr. 49).

N. Belezki: «Das Trachom im Kiewschen Gouvernement». (Nr. 49).

Ausführliches statistisches Material über die Verbreitung des Trachoms im betreffenden Gouv. nebst Angabe der Bezirke, in den die Hilfe der augenärztlichen fliegenden Colonnen besonders nothwendig ist.

W. Nedrigailow: «Ueber die Lebensdauer der Diphteriebacillen auf verschiedenen Nährböden». (Nr. 50).

A. Tscheschkow: «Ueber einige physiologische Eigenthümlichkeiten der vagotomirten Hunde im Betreff der Blutcirculation, Verdauung und Wärmeregulirung». (Nr. 50).

A. Iwanow: «Behandlung der Malaria mit Analinblau». (Nr. 51).

Von 15 Patienten hörten die Malariaanfälle bei 7 bei innerlichem Anilinblaugebrauch lytisch auf, im Gegensatz zur kritischen Sistirung der Anfälle bei Chininbehandlung. Das Anilinblau wurde von der Patientin sehr gut vertragen, verursachte niemals Uebelkeiten oder Erbrechen, der Harn färbt sich sehr rasch blau. Brennen und Schmerzen beim Uriniren, Harndrang, Druck- und Reizempfindung in der Blasengegend, die so häufig beim Methylenblaugebrauch beobachtet werden, wurden bei der Anilinblaubehandlung niemals beobachtet.

A. Eckert: «Zur Kasuistik der Leuchtgasvergiftung». (Nr. 52).

1901. Nr. 1—10.

S. J. Rudsenko: «Ein Fall eitriger Angiocholitis mit Ausgang in Heilung». (Nr. 1).

M. Buch: «Ueber Neuralgien des Nervus sympaticus und krankhaften Reizzustand desselben überhaupt, mit besonderer Berücksichtigung der Schmerzempfindungen in der Bauch- und Beckenhöhle». (NNr. 2 und 3).

Auf Grund der betreffenden Litteratur und eigener Beobachtungen glaubt Verf., dass der Nervus sympaticus mit seinen Plexus als eigentlicher schmerzempfindende Nerv der Bauchhöhle betrachtet werden muss. Alle Theile dieses Nerven, die dem Drucke des Fingers zugänglich sind, sind unter normalen Verhältnissen vollkommen unempfindlich, können aber unter pathologischen Verhältnissen einen hohen Grad von Schmerzhaftigkeit beim Drucke erreichen (hyperalgesia). Die Schmerzen beim Drucke sind mit den spontan auftretenden Schmerzen in der Bauchhöhle vollkommen identisch, was besser, als alle theoretische Erwägungen beweist, dass der Abdominalschmerz in allen derartigen Fällen eine Neuralgie des Sympaticus darstellt. Wenn bei der Untersuchung der spontane neuralgische Schmerz schon vorhanden ist, so wird er beim Drucke auf den Sympaticus stärker, was wiederum beweist, dass der Sympaticus der eigentliche Sitz des Schmerzes ist.

S. J. Tschistowitsch: «Die medicinische Hilfe in Transwaal». (NNr. 1 und 3).

W. P. Kaschkadamow: «Ueber die Pest nach den neuesten Ergebnissen». (NNr. 3—8).

M. A. Saussailow: «Ueber die Abdominaltyphuserkrankungen an der Jekatherininschen Eisenbahn von 1886 bis 1899». (Nr. 4).

In diesen 15 Jahren beobachtete Verf. 1622 Patienten mit Abdominaltyphus. Diese Beobachtungen zeigten, dass in der Aetiologie des Abdominaltyphus die Art der Speisen eine wichtige Rolle spielt, und dass der Gebrauch von Obst und Früchten häufig die Krankheitsursache ist. In den Monaten des grössten Gebrauches von rohem Obst und Früchten (August, September und Oktober) häufen sich Jahr ein Jahr aus die Erkrankungen mit grosser Regelmässigkeit. Analoges wird auch in dem Jekaterinoslawschen Gouvernementshospital beobachtet, in dem von 1894 bis 1899 1118 Patienten mit Abdominaltyphus behandelt wurden. Die existirende Ansicht, dass reichliche Ernährung von Typhikern gut vertragen wird, fand in den Beobachtungen der Verf. keine Bestätigung; in den Abtheilungen mit strenger Diät war die Mortalität beim Abdominaltyphus 8,69%, in den Abtheilungen mit weniger strenger Diät 12,46%. Von Medicamenten wurde mit grossem Erfolge Guajacolum carbonicum als Darmdesinficiens, angewandt.

D. J. Kurajew: «Ueber das Jodprodukt des Oxyhaemoglobins». (Nr. 5).

B. N. Cholzow: «Ueber die Behandlung der Harnröhrenstricturen mit Electrolyse». (NNr. 6—9).

W. J. Kamanin: «Zwei charakteristische Fälle von Lepra tuberosa». (Nr. 7).

A. Studenski: «Zur Immunitätsfrage. Mechanismus der Gewöhnung des Bacillus pyocyaneus an Natrium salicylicum». (Nr. 9).

W. F. Petrow: «Ein Fall von Milzabcess bei Abdominaltyphus». (NNr. 9 und 10).

A. Sacher.

Eshenedelnik 1900.

S. Brainin: «Zur Aetiologie und Therapie des hartnäckigen Singultus». (Nr. 25).

B. beobachtete endemisch auftretenden hartnäckigen Singultus an 5 Judenmädchen. Eine grosse Rolle bei der Entstehung des schmerzhaften Singultus spielen seiner Ansicht nach Blutarmuth und schlechte Ernährung, womit gewöhnlich in Zusammenhang stehen Unregelmässigkeit der Menses und ein Schwächezustand. Alle diese Faktore müssen als prädisponirende Momente betrachtet werden. Eine Erklärung für das endemische Auftreten des Singultus kann allerdings nicht gegeben werden, Nachahmungstrieb und Schwäche der betreffenden Centra sind nicht ausser Acht zu lassen. Man kann auch annehmen, dass in gewissen Zuständen, besonders bei Blutarmuth und Dyspepsie, infectiöse Krankheiten, wie Influenza, die gerade unter den Patienten herrschte, durch eine besondere Localisation eine erhöhte Erregbarkeit des Nervensystems des Zwergfells bedingen, und infolge dessen Krämpfe desselben herrufen, welche sich besonders nach dem Essen steigern durch Erregung des Magens, oder während der Regel durch gesteigerten Stoffwechsel.

In therapeutischer Hinsicht empfiehlt Verf. ableitende Mittel und beruhigende, Electricität, Säuren, Zink u. s. w. Ein besonderes Gewicht ist auf Verbesserung der Blutbestandtheile zu legen. Bromnatrium bringt wenig Nutzen, Blausäure garkeinen. Hypnose ist, wenn alle Arzeneien im Stich lassen, nur als ultimum refugium anzuwenden.

L. Sobolew: «Einige Worte bezüglich der Technik der hinteren Rhinoscopie». (Nr. 26).

Bei der Untersuchung von mehr als 100 Soldaten gewann

S. die Ueberzeugung, dass das Athmen durch den Mund eine der wichtigsten Bedingungen für die erfolgreiche Ausführung der hinteren Rhinoscopie ist. Sogar bei gesunden Menschen ist es schwierig ein reines Nasenathmen bei geöffnetem Munde, in welchen Instrumente wie Spatel und Spiegel eingeführt werden, zu erzielen, bei Kranken mit Hypertrophie, der Muscheln, Vergrösserung der 3. Mandel, mit Polypen u. s. w. erhält man dasselbe in der grössten Mehrzahl der Fälle überhaupt garnicht. Beim Athmen durch den Mund andererseits geht doch auch Luft durch die Nase, wenn sie durchgängig ist.

S. versuchte gänzlich das Nasenathmen auszuschliessen indem er jedem zu Untersuchenden einen festen Wattetampon in beide Nasenlöcher einführte. Sehr nervöse Individuen müssen einige gleichmässige tiefe Athemzüge durch den Mund bei verschlossener Nase machen, wobei ihnen der Spiegel eingeführt wird; darauf wird bei ruhigerem Athmen die Untersuchung ausgeführt. Die Resultate der Untersuchungen sind folgende: 1) Beim Athmen durch den Mund wird die Zungenwurzel viel schwächer angespannt, wodurch dieselbe leichter herabgedrückt werden kann; 2) bildet sich dabei ein grösserer Zwischenraum zwischen der Zungenwurzel und dem Gaumensegel; 3) infolge dieses Umstandes kann man grössere Spiegel als gewöhnlich gebrauchen und schliesslich 4) erreicht man dabei eine genügende Erschlaffung der Gaumensegel.

D. Kressin: «Ein Fall von Perichondritis laryngea bei Abdominaltyphus». (Nr. 26).

Dass diese Erkrankung sehr selten ist, beweist der Umstand dass im Hospital zu Wilno unter 1750 Typhuskranken nur 3 Fälle von Perichondritis laryngea beobachtet wurden. Durch die Section wurde die schon intra vitam gestellte Diagnose bestätigt und es erwies sich, dass als nächste Todesursache ein perichondritischer Abscess gedient hatte, welcher sich in den Kehlkopf eröffnet hatte.

Die Therapie ist eine rein chirurgische, immerhin stirbt nach ausgeführter Tracheotomie ungefähr die Hälfte aller Kranken.

M. Goldberg: «Zur Lehre von der Syphilis des Centralnervensystems». (NNr. 27 und 28).

Gestützt auf 6 Fälle aus seiner Praxis kommt G. zu folgenden Schlüssen:

1) In Anbetracht dessen, dass die Fournier'sche Classification der syphilitischen Erkrankungen des Gehirns, nach Typus und Form eine künstliche ist, muss zugegeben werden, dass ein jeder von den 6 Fällen, welche sich auf den Typus: Cephalalgia, Congestion und Paresis beziehen, sich selbst überlassen, sich aller Wahrscheinlichkeit nach weiter hätte compliciren können.

2) In dem Anfangsstadium der Erkrankung soll mit dem Beginn der Behandlung nicht gewartet werden, sondern dieselbe soll energisch vorgenommen werden, wenn keine Contraindication vorliegt.

3) Die syphilitischen Erkrankungsformen des Gehirns kommen als Tertiärerscheinungen auch in ganz früher Zeit nach der Infection vor, und sind durchaus nicht abhängig von der vorhergegangenen Behandlung, ob dieselbe energisch war, oder wenig genügend, oder auch sogar garnicht stattgefunden hatte.

4) Der Grund, weshalb in einzelnen Fällen Gehirnerscheinungen auf syphilitischer Basis — ob früher oder später — eintreten, in anderen Fällen wieder garnicht beobachtet werden, liegt wahrscheinlich an der Individualität des Kranken selbst, oder vielleicht auch an der Besonderheit des syphilitischen Giftes.

5) Von grösster Wichtigkeit ist die Anamnese des Kranken, da nur diese häufig die Entscheidung bedingt.

J. Gerbmann. «Massage bei Enuresis nocturna». (Nr. 29).

G. empfiehlt sein Verfahren, auf welches er zufällig gekommen ist. Ein Kind untersuchend, von welchem die Mutter sagte, dass noch keine Nacht vergangen sei, dass das Bett nicht nass gewesen wäre, drückte er 2 Minuten mit dem Zeigefinger durch das Rectum auf die Gegend des Blasenhalses. Am anderen Tage theilte ihm die erfreute Mutter mit, dass das Bett des Knaben am anderen Morgen trocken gewesen sei. Er massirte an derselben Stelle, und bat die Mutter, weiter zu beobachten. Nach 3 Monaten erfuhr er durch die Mutter, dass seit der ersten Massage das Kind nur einmal in der Nacht nass gewesen sei, und zwar hätte es diesen Abend zu viel Thee getrunken und vor dem Schlafen gehen nicht urinirt. Diese glückliche Cur bewog nun G. häufiger, bei jedem Falle von Enuresis nocturna, der in seine Behandlung kam, sein Verfahren anzuwenden, und er hat in 5 Fällen nur günstige Resultate gesehen, wobei sich in einzelnen Fällen seine Beobachtungen über $1^1/_2$ Jahre erstrecken.

Das Verfahren ist folgendes: Der Finger wird in das Rectum eingeführt und 2—3 Minuten dauert die Massage in jeder Seance. Zuerst macht er mit der Fingerkuppe Bewegungen in querer Richtung zum Blasenhalse, und darauf in senkrechter. Von den anfänglich zarten Bewegungen geht er allmählich zu energischen über. So massirt er 2 Minuten, darauf macht er im Verlauf $^1/_2$ Minute stossende Bewegungen mit der Fingerkuppe auf dieselbe Gegend des Blasenhalses. Die Massage wird immer in der Lage à la vache ausgeführt

A. Abramowisch: «3 Fälle von syphilitischer Infection ausserhalb des Genitalapparates». (Nr. 29).

A. beschreibt 3 Fälle von seltenem Sitze des Schankers, in einem Falle auf der Brustwarze einer stillenden Mutter, die durch ein fremdes Kind angesteckt wurde, im anderen Falle an der Unterlippe, und im letzten am Oberschenkel.

Brussian: «Orexintannat in der paediatrischen Praxis». (Nr. 30).

Das Orexintannat wurde ohne Unterschied Kindern gegeben, solchen, welche nur an Appetitmangel litten, ohne irgend welche krankhafte Nebenerscheinungen, als auch solchen, welche ausserdem verschiedene andere pathologische Veränderungen aufwiesen. Ausgeschlossen waren nur Kranke mit organischen Veränderungen des Verdauungstractus und acuten fieberhaften Krankheiten. Das Alter der Kranken schwankte zwischen 22 Monaten bis 14 Jahre. Kindern bis zu 6 Jahren wurde das Orexintannat in Tabletten zu 0,25 gr. 2 Tabletten $1^1/_2$—2 Stunden vor dem Essen, älteren Kindern in Pulvern zu 0,5 verordnet. Besonders erwähnenswerth ist, dass das Mittel von Kindern aller Altersstufen gern genommen wurde, so dass in dieser Beziehung die Mütter zu keinen Klagen Veranlassung hatten. Der Erfolg der Behandlung war ein durchweg guter, indem der Appetit sich besserte und das Gewicht oft erheblich zunahm.

D. Semtschenko: «Ueber Rubeola scarlatinosa». (Nr. 31).

Zu den 1889 publicirten 16 Fällen von Rubeola scarlatinosa fügt S. noch 43 neue Fälle hinzu, die er im Kasanschen Waisenhause zu beobachten Gelegenheit hatte. Nach Prof. Filatow unterscheidet man dieselbe von Scharlach durch folgendes: 1) Wenn die Krankheit während einer Epidemie gleichmässig sowohl solche, welche schon Scharlach gehabt haben, als auch solche, welche ihn nicht gehabt haben, befällt, so spricht das sehr zu Gunsten der Rubeola scarlatinosa. 2) Für die Scarlatina im Gegensatz zu den Rötheln spricht die am 1. und 2. Tage der Erkrankung deutlich ausgesprochene Halsentzündung und Fieber über 39° und noch mehr; am 3. und 4. Tage dieselben Symptome und die Scharlachzunge; dann die nach 2—3 Wochen erfolgende Schelferung an den Handflächen und Fingern.

J. Neustab: «Die Behandlung der acuten parenchymatosen Nephritis mit Methylenblau». (Nr. 32).

In 4 schweren Fällen von Nephritis erreichte N. günstige Resultate durch Darreichung von Methylenblau. Die Wirkung desselben vermuthet er in der chemischen Verbindung, welche derselbe mit den zelligen Elementen der Niere oder mit den Toxinen, die durch die Krankheitserregenden Microben gebildet werden, eingeht.

W. Brodski: «Inversio uteri bei einer Erstgebärenden». (Nr. 32).

Gestützt auf diesen und noch 2 vorher beobachtete Fälle befürwortet B. für frische Fälle die manuelle Reposition, da diese vor den anderen Methoden den Vorzug hat schnell und sicher zum Ziel zu führen.

D. Semtschenko: «Gleichzeitige Erkrankung an Keuchhusten und Masern». (Nr. 33).

Bei gleichzeitigem Befallensein an beiden Krankheiten traten alle Symptome bedeutend schwerer und heftiger auf. In einem Falle trat nach 3 Wochen der Tod ein, in einem anderen erfolgte die Heilung nach $4^1/_2$ Wochen und in einem dritten erst nach $3^1/_2$ Monaten.

C. Dibailow: «Ein Fall von Wanderleber».

Der beobachtete Fall ist in so fern interessant und selten, als er ein 34-jähriges Mädchen betrifft, welches nicht geboren hatte (die Bauchdecken waren straff) und welches niemals schwer gearbeitet hatte. Ausserdem ist bemerkenswerth das Fehlen von Schmerzen. Die Kranke hielt die Geschwulst für ein Cystom oder Krebs, sagte Niemandem davon ein Wort, obgleich sie sich darüber sehr beunruhigte, so dass die Wanderleber als zufälliger Befund, bei der Untersuchung erhalten wurde.

Dia Ursache des Leidens ist ganz unklar. Wahrscheinlich liegt sie an einer Anomalie, nämlich an einer besonderen Länge des ligam. suspens. hepat.

E. Lasarew: «Staphylomycosis». (Nr. 35).

N. Schmukler: «Ein Fall von Scharlach mit Erscheinungen von Gelbsucht am 20. Tage der Erkrankung. (Nr. 35).

Die Gelbsucht, die sich bei der 3jährigen Patientin am 20. Tage einstellte und hauptsächlich an den Augen zu sehen war, verging nach einem Monat. Die Entstehungsursache derselben blieb unklar, da keine Erkrankung des Darmes oder der Gallenblase gefunden werden konnte. Anzunehmen ist, dass dieselbe ebenso wie die anderen Complicationen bei Scharlach auch durch Strepotococcen hervorgerufen worden ist.

B. Slowzow: «Die rationelle Zusammensetzung des Eiweisstheiles der Nahrung» (Nr. 36).

E. Lasarew: «Chiluria nostras».

Die Krankheit ist eine sehr seltene, in Russland ist bis jetzt nur ein Fall beschrieben worden. Diese Beobachtungen betreffen einen 15jährigen Knaben, der genas und ein $1^1/_2$jähriges Mädchen, die nach ungefähr 6 Wochen starb.

L. ist der Ansicht, dass in der grössten Mehrzahl der Fälle kein genügender Grund vorhanden ist anzunehmen, dass eine Zerreissung der Lymphgefässe stattgefunden hat, sondern man muss den milchfarbenen Urin als Symptom einer Krankheit ansehen. Die Krankheit kann man nur in so fern als Chilurie bezeichnen, als sie auf die Farbe des Urins hinweist, und darauf, dass ausser Zucker in ihm alle Bestandtheile der Lymphe enthalten sind.

C. Simnitzki: «Ueber die Behandlung des Wechselfiebers mit Einspritzungen von Arsenik». (Nr. 37).

Es wurden eingespritzt 5—10 Theilstriche einer Pravazschen Spritze, was eine Menge von 0,005—0,01 arseniger Säure entspricht. Die Resultate waren in 5 Fällen günstige.

G. Oleinikow: «Ueber die Behandlung der Pocken mit rothem Licht». (Nr. 38).

In Anbetracht der schwierigen Pflege und des schweren subjectiven Zustandes der Kranken in einem rothen Zimmer, wurden nur Kranke mit sehr starkem Ausschlage ausgewählt. Im Ganzen wurden behandelt 9 Fälle, von denen 2 starben, einer—in der Periode des 2. Temperaturanstieges bei schwach ausgeprägter Vereiterung, der zweite an Herzschwäche, nach Beendigung der 2. Welle. Dieser Kranke, ein 3jähriger, nicht vaccinirter Knabe, inficirte sich mit Pocken während der Genesung von Scharlach. Von den 7 gesund gewordenen trockneten in einem Falle die Bläschen ohne Narben ein, eine 2. Welle war nicht zu constatiren. In den übrigen 6 Fällen war ein zweiter Temperaturanstieg mehr oder weniger deutlich ausgesprochen und es blieben Pocken oder schwächere Narben zurück. In einem Falle kam es zu einer deutlichen Vereiterung complicirt mit Furunculosis. Interessant ist das Fehlen des Juckgefühls. Im Grossen und Ganzen sind die Resultate nicht dieselben, wie diejenige der Autoren, die Finsen anführt.

In der Mehrzahl der Fälle konnten weder die Narben, noch der 2. Temperaturanstieg vermieden werden.

G. Selenski: «Ein Fall von ungewöhnlich frühem Durchschneiden der Zähne bei einem syphilit. Kinde». (Nr. 40).

Bei einem Kinde, bei dem mehrfache Zeichen von Syphilis vorhanden waren, schnitt ein Zahn im 1. Monat durch, er fiel aber bald wieder aus. Der 2. Zahn (Schneidezahn am Unterkiefer) durchtrennte das Zahnfleisch in horizontaler Richtung, blieb aber länger, denn bis zum 7. Monat hatte das Kind keine neuen Zähne.

D. Achwlediani: «Ein Fall von geheiltem Wasserkrebs».

A. führt die glückliche Heilung des Noma bei einem 9jährigen Knaben auf Pyoktanin zurück, das er mit 1proc. wässriger Lösung zum Betupfen der erkrankten Stellen benutzt hatte.

Fr. Mühlen.

Medizinskija Pribawlenija k morskomu sborniku. Januar—April. 1901.

Swetschnikow: «Das Marinehospital in Kiel und die chirurgische Klinik Prof. Helferich's».

Aristow: «Pathologisch-anatomischer Bericht aus dem Marine-Nikolaihospital pro 1899».

Polenow: «Die Sympathektomie und ihr Einfluss auf experimentell erzeugte Epilepsie».

(Nach Abschluss des Erscheinen's der Arbeit wird dieselbe eingehend referirt werden).

Gurwitsch: «Die Behandlung der Epididymitis gonorrhoica mit Methylsalicyl».

Der Autor hat 27 Fälle mit dem genannten Mittel behandelt und ist von dem Erfolge desselben sehr zufriedengestellt worden. Die Schmerzen und die Druckempfindlichkeit verschwanden bereits nach einigen Tagen und die Behandlung des Trippers konnte dementsprechend früher energisch (mit Janet'schen Spülungen) begonnen werden. Das Mittel wird per se applicirt und darauf ein hermetischer Verband angelegt.

Krawtschenko: «Ueber die schwimmenden Hospitäler „Relief" und „Nakuaj-Maru"».

Eine Beschreibung der in Taku stationirten, amerikanischen und japanischen Hospitalschiffe, von denen das erste in vieler Beziehung als mustergiltig angesehen werden konnte, das zweite aber mehr die Aufgaben eines Transportschiffes nach dem nächsten japanischen Hafenhospital erfüllte.

Ellenbogen: «Beschreibung des deutschen Hospitalschiffes „Gera"».

Poniatowsky: «Zur Pathogenese der aufsteigenden Degeneration in den Hintersträngen des Rückenmarks».

Verf. beschreibt einen Fall von angeblich traumatisch entstandener Meningitis, die durch Druck auf die hinteren Wurzeln zu einer Paraparese mit heftigen Schmerzen führte. Der Kranke starb an Tuberculose; diese Thatsache mindert entschieden den Werth der Beobachtung und des Befundes im Rückenmark. Es fand sich nämlich eine aufsteigende Degeneration vom 4. Sacralnerven anfangend. Untersucht wurde nach Marchi's Methode. Dem Verf. fiel die Incongruenz des Befallensein's der Lissauerschen Randzone mit den Veränderungen in den hinteren Wurzeln auf. Ob das nicht auf eine endogene Entstehung der Degeneration hinweisen dürfte, wie sie nicht selten bei toxischen Processen, cachectischen Zuständen etc. beobachtet worden ist? Nach der klinischen Beschreibung war der spinale Process zuletzt ganz in den Hintergrund getreten, die Schmerzen hatten nachgelassen, dagegen war der anatomische Degenerationsprocess in «vollem Gange», wie der Verf. selbst schreibt. Auch diese Thatsache spricht mehr für eine Entstehung der Hinterstrangsdegeneration auf tuberculöser Basis. Auch ist das Bestehen einer «traumatischen» Meningitis bei einem Tuberculösen gewiss ein seltenes Ereigniss.

Landschewsky: «Ein Fall von Lepra bei einem Matrosen der Schwarzmeerflotte».

Bietet keine besonderen Abweichungen, die Infection hat wahrscheinlich vom Kehlkopf her begonnen.

Sassuchin: «Zur Casuistik des Leberechinococcus».

Verf. kommt auf Grund eines mit Erfolg operirten Falls von L. E. zu dem Resultat, dass

1) In der Leber akephalocystische Echinococcen vorkommen.

2) Dass bei der Volkmann'schen Operationsmethode vor dem Eröffnen des Sacks die vordere Leberpartie mit dem anliegenden Peritoneum vernäht werden solle, um zu starkes Zurücksinken der Leber und Einströmen der Flüssigkeit in die Bauchhöhle zu verhüten.

3) Der Sack soll wegen Blutungsgefahr nicht exstirpirt werden, er stösst sich von selbst ab.

Peskow: «Die Simulation von Stottern und der Nachweis derselben».

Enthält eine theoretische Auseinandersetzung über die verschiedenen Formen des Stottern's, deren mühselige Abgrenzung dadurch an practischem Werthe verliert, dass man es meist mit gemischten Fällen zu thun hat.

Voss.

Obosrenje psichiatrii, nevrologii i experimentalnoi psichologii. (Zeitschrift für Psychiatrie, Neurologie und Experimentalpsychologie). Herausgegeben von Prof. W. Bechterew. Nr. 1—3. (Januar—März). 1901.

V. Ehrenwall: «Ueber den derzeitigen Standpunkt der Behandlung Geisteskranker».

Der Verf. tritt für die Schaffung von möglichst zahlreichen Anstalten gemischten Typus, mit offener und geschlossener Abtheilung für Geisteskranke und Nervöse ein. Gleichzeitig befürwortet er die Beschäftigungstherapie warm, für Spiele und Arbeit zur Sommerzeit im Freien, im Winter in besonderen Sälen muss reichlich gesorgt sein. Die Vereinigung beider Typen in eine gemischte Anstalt verlangt die Möglichkeit der absoluten Scheidung beider Krankheitsformen, führt dann aber nie zu ernsteren Unzuträglichkeiten.

Bechterew: «Ueber die Einrichtung vereinigter offener und geschlossener Anstalten für Nerven und Geisteskranke».

Enthält eine kurze Bestätigung der im vorhergehenden Artikel ausgesprochenen Ansichten und weist auf ihre Verwirklichung in der St. Petersburger Klinik hin, die aus 3 Abtheilungen besteht (1. Psychiatrische, 2. Nervenabtheilung, 3. für Psychoneurosen z. B. Kranke mit Demenz infolge organischer Hirnerkrankungen, mit Zwangsvorstellungen etc.).

Lachtin: «Historischer Ueberblick über die Lehre von der Besessenheit».

Zum Referat nicht geeignet.

W. Bechterew: «Ueber Kennzeichen objectiver Sensibilitätsstörungen bei den sog. traumatischen Neurosen».

Der Verf. giebt folgende objective Symptome an:
1) Herabsetzung und Steigerung der Hautreflexe auf der an — resp. hyperaesthetischen Seite.
2) Die Verschiedenheit des Reizeffects von den genannten Seiten aus auf Herzthätigkeit und Athmung.
3) Verschiedene Schmerzreaction der Pupille.
4) Veränderung von Puls und Athmung bei Reizung der hyperästhetischen Zonen.
5) Starker Blutzudrang zum Kopf als vasomotorischer Reflex. Gefässspasmus der anästhetischen Zonen.
7) Herabsetzung der Temp. auf der anästhetischen Seite.
8) Das Auftreten reflectorischer Zuckungen bei Reizung der hyperästhetischen Zone.
9) Das Auftreten von Schwindel mit Schwanken des Körper's unter den gleichen Bedingungen.
10) Verschiedenheit der Schweissabsonderung beider Seiten.
11) Motorische Störungen (Kontracturen, Zuckungen).

Viele von diesen Erscheinungen hat Verf. als Erster beobachtet, andere sind von Mannkopf und Oppenheim schon früher beschrieben, ihm aber erst später zur Kenntniss gelangt, nachdem er sie selbstständig entdeckt.

Erikson: «Ueber den Einfluss der Hirnrinde und der subcorticalen Ganglien auf die Contraction der Milz».

Offenbar eine vorläufige Mittheilung der Resultate einer in Bechterew's Laboratorium ausgeführten Experimentaluntersuchung.

Gorschkow: «Ueber die Localisation des Geruchssinn's in der Hirnrinde».

Der Verf. hat im Grossen und Ganzen die früheren Untersuchungen bestätigen können. Das Geruchscentrum liegt im Gyrus hippocampi und uncinatus posterior; das Cornu ammonis scheint wenig betheiligt zu sein. Bei faradischer Reizung der betr. Gegend erhält man einen deutlichen Reflex in Gestalt einer Contraction des entsprechenden Nasenloch's. Mit dem Geschmackscentrum hat die gen. Gegend nichts zu thun.

Narbutt: «Ueber die Veränderungen der Hirnrinde während des natürlichen Schlafes».

Genaue experimentelle Untersuchungen, die Verf. an jungen Hunden vornahm, führten ihn zu ähnlichen Resultaten, wie die früher von de-Moor u. a. beobachteten. Die histologischen Präparate wurden durch Ausschneiden mittelst eines Rasiermesser's gewonnen, nach der schnellen Methode Golgi's gehärtet und dann untersucht. Die Ergebnisse der Untersuchungen waren folgende:

1) Während des Schlafes nehmen die Dendritenausläufer Knospenform an, um unter dem Einfluss der Anhäufung chemischer Producte (CO^2) den noch vorhandenen O^2 möglichst ausnutzen zu können.

2) Bei vermehrtem O^2-zutritt strecken sich die Ausläufer wieder vor, der Contact wird hergestellt und die wache Lebensthätigkeit beginnt.

Im Wesentlichen also eine Bestätigung der amoeboiden Schlaftheorien von Duval etc.

Bechterew: «Ueber den unteren Bauchreflex».

Ausser den 3 bekannten Hautreflexen, die durch Streichen der Haut des Epi- und Hypogastrium erhalten werden, beschreibt B. einen dritten; durch Streichen an der Innenseite des Oberschenkel's unterhalb des Poupartschen Bandes erhält man eine Contraction des unteren Abschnittes des m. obliquus abdominis. Dieser Reflex soll constanter sein, als der epigastrische.

Schatky: «Die Grundlagen der therapeutischen Wirksamkeit des constanten Strom's».

Auf Grund experimenteller Untersuchungen Electrolyse und Kataphorese kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:
1) Die Wanderung der Zonen findet auf der ganzen interpolaren Strecke statt, sie sind die Träger der Kataphorese.
2) Die therapeutische Wirkung beruht auf den electrolytischen i. e. kataphoretischen Eigenschaften des constanten Stroms.
3) Die schmerzstillende Wirkung beruht auf der erhöhten O^2-Zufuhr und der Entfernung mechanischer Reizmittel.
4) Der therapeutische Effect ist direct proportional der Stärke des Stromes und der Dauer der Anwendung.

Lass: «Die Folgen einer fehlerhaften Begutachtung».

Zum Beweis für die Incompetenz psychiatrisch nicht geschulter Aerzte bei der Begutachtung des Geisteszustands führt L. einen Fall an, in dem die Folgen eines solchen Fehlers sehr deutlich zu Tage traten.

Reiz: «Ueber die Besessenheit in Japan».

Bei allen Völkern und zu allen Zeiten hat die Dämonomanie die gleichen charakteristischen Züge, stets aber eine grosse Verwandtschaft mit der Hysterie.

Sokolow: «Anaestesie bei Geisteskranken».

Referat einer Arbeit von Stoddart (Journ. of mental sciences Vol XLV Nr. 191 October 1899 p. 699).

Bechterew: «Ueber eine besondere Form nervöser Störungen, die in der Kindheit auftritt und sich in motorischen Erscheinungen und Schwachsinn äussert.

Im Anschluss an 2 von O. Giese beschriebenen Fälle berichtet B. über eine Kranke, die im Wesentlichen die gleichen Erscheinungen darbot. Das Bestehen von Schwachsinn, Zittern der Gliedmassen, Gehstörung mit Cerebellartaxie lässt darauf schliessen, dass hier sowohl die Hirnrinde und das Kleinhirn, als auch die Pyramiden- und absteigenden Kleinhirnbahnen erkrankt sind.

Trapesnikow: «Ueber Allocheirie».

Verf. hat an 2 Kranken das obige Symptom beobachten können; im ersten Falle handelte es sich um hereditär schwer belasteten Hystericus, im zweiten hingegen um eine traumatische Neurose. Mit anderen Autoren (Moebius, Janet) übereinstimmend kommt Tr. zu dem Resultat, dass eine anatomische Genese dieses Phänomens nicht annehmbar sei, dagegen die Allocheirie auf eine fehlerhafte Empfindungsperception zurückgeführt werden müsse.

Fedorow: «Ein Echinococcus im Grosshirn».

Enthält die Schilderung eines Falles von fehldiagnosticirtem Tumor cerebri, der in vieler Hinsicht von Interesse ist und ein genaueres Eingehen erfordert. Bei der Aufnahme zeigte der Pat. eine rechtsseitige Hemiplegie + Facialisparese, Dysarthrie, Fehlen des stereognostischen Erkennens in der rechten Hand, Aufgehobensein beider Patellarreflexe. Anamnestisch war ein allmäliges Auftreten aller einzelnen Störungen nachweisbar (consecutive Schwäche in der r. Hand, Bein, dann Sprache), ausserdem Kopfschmerzen. Hätte sich der Autor an diesen Symptomencomplex gehalten, so hätte er die Diagnose eines corticalen oder subcorticalen Tumors der linken Parietalgegend stellen können, trotz Fehlens der Stauungspapille. Der weitere Verlauf führte zur Somnolenz, Schwindel, immer heftigeren Kopfschmerzen; dann Ptosis rechterseits, Neuroretinitis utr. oc.,

einmal tonische Krämpfe in den r. Extremitäten. Schliesslich Exitus. Die Section deckte eine Echinococcuscyste in der l. Hemisphäre auf, die fast den ganzen Raum derselben einnahm.

Berdshizky: «Ueber die sexuellen Störungen bei hereditär belasteten begabten Kindern».

Verf. hat nicht selten beobachten können, dass bei den gen. Kindern eine abnorme sexuelle Erregbarkeit besteht, die sich in periodischer Masturbation äussert; nach letzteren tritt eine Besserung des Allgemeinbefindens auf. Im Allgemeinen besteht keine Neigung zu psychischer Anregung, durch phantastische sexuelle Vorstellungen etc. Die kurze Mittheilung des Verf. trägt einen «vorläufigen» Charakter.

Pawlow: «Ueber die physiologische Rolle der vorderen Vierhügel».

Zusammenfassendes Referat.

Narbutt: «Zur Frage über die hystologische Schlaftheorie».

N. kommt auf Grund seiner Experimente zu ff. Schlüssen:

1) An Hirnpräparaten vom wachen Thier sind die protoplasmatischen Fortsätze deutlich mit birnförmigen Auswüchsen versehen.

2) Unter dem Einfluss der Chloroform- und Morphiumnarkose verschwinden diese Auswüchse, die Ausläufer sind theilweise verstümmelt.

3) An Präparaten vom todten Thier verschwinden die Auswüchse völlig.

4) Die Veränderungen der Narkose schreiten von der Peripherie zum Centrum fort, d. h. von den kleinen Pyramidenzellen zu den grossen.

Ossipow und Noischewsky: «Zur Untersuchung der Haarempfindlichkeit bei Tabetikern».

An 19 Tabetikern wurden Untersuchungen der trichocutanen Sensibilität neben den anderen Qualitäten angestellt. Unter 19 Kranken fanden sich 16 mit Störungen. Verf. kommt zu dem Schluss, dass die Sensibilität häufig zuerst in ihrer trichocutanen Form betroffen wird, ferner dass oft grössere Bezirke dieser Qualität als der anderen anästhetisch werden und der Grad der Störung der trichocutanen höher ist als der anderer Qualitäten. Zu den (dringend nothwendigen) Nachuntersuchungen wird aufgefordert.

-Voss.

Russkij Archiw Patologii, klinitscheskoi Mediciny i Bacteriologii. Band XI. NNr. 1, 2, 3, 4.

S. Kostin: Die Absorption von minimalen Kohlenoxydmengen durch das Blut und eine neue Methode zum Nachweise des Kohlenoxyds in der Luft.

Die Arbeit ist aus dem Laboratorium von Prof. N. Zuntz entstanden und wird wohl in deutscher Sprache erscheinen. Näheres über die Construction des Apparates, sowie über die Anordnung und Ausführung der Versuche ist im Original nachzulesen; wir führen nur die Schlussfolgerungen des Autors hier an: 1. Ist die Concurrenz des Sauerstoffes nicht entfernt, so können minimale Mengen von CO in der Luft ($^1/_{10,000}$) vom Blute nicht absorbirt werden. 2. Die CO-absorption steigt mit der Verarmung der Luft an Sauerstoff. 3. Ein vollständiger Abschluss des Sauerstoffes von der Luft gelingt am leichtesten durch den von Kostin constatirten Apparat. 4. Hat der Sauerstoff absolut keinen Zutritt zur Luft, so kann man die Anwesenheit von CO in der Luft durch die Absorption in's Blut nachweisen, wenn der Gehalt des CO in der Luft nicht weniger, als $^1/_{40,000}$ des Luftvolumens beträgt. 5. Je kühler das Blut ist, um so mehr kann CO absorbirt werden.

N. Michailow: «Miliartuberkulose der Brustdrüse».

Eine 33jährige Bäuerin trat ins Hospital mit Klagen über Schmerzen in beiden Brustdrüsen ein; dieselben sollen ert seit einigen Monaten aufgetreten sein, so dass die Bäuerin ihr Kind nicht mehr stillen konnte. Anamnestisch liess sich Nichts eruiren. Autor fand: kräftiger Körperbau, schlaffes Unterhautfettgewebe. Die rechte Brustdrüse schlaff, atrophisch. Auf der die Drüse bedeckenden Haut einige oberflächliche Ulcerationen ohne Infiltration der Ränder; an einzelnen Stellen sind diese Geschwüre von moleculärem Zerfallsproduct bedeckt; keine Absonderung. Die linke Brustdrüse stark vergrössert, fest und schwer; die Haut stärker pigmentirt, ödematös, die Mamilla sehr gross und ganz besonders intensiv pigmentirt; am unteren Rand des linken m. pectoralis major ein grosses Pacquet von vergrösserten Lymphdrüsen; an 2 Stellen sind diese Lymphdrüsen mit der Haut verbacken und exulcerirt: in der Umgebung dieser Ulcerationen ist die Haut stark pigmentirt und infiltrirt; der Boden der Geschwüre ist rein, insbesondere sind nirgends caseöse Massen nachweisbar. Bei tiefem Schnitt durch die Brustdrüse fand M. das Gewebe fibrös, durchtränkt und mit massenhaft Knötchen besäht. Die verbackenen Lymphdrüsen wurden entfernt zusammen mit dem erkrankten Gewebe der Brustdrüse. Die Höhle wurde mit 10proc. Chlorzinklösung ausgewaschen und tamponirt. Mikroskopisch erwies sich der krankhafte Process als typische Miliartuberkulose der Brustdrüse. Die Kranke erholte sich bald und genas vollständig.

A. Stepanow: «Ueber die Zersetzung des Jodkalium in den Verdauungswegen».

Autor hat im pankreatischen Saft Nitrite nachweisen können, die eine Zersetzung des Jodkalium wohl bewirken können.

M. Snjessarow: Zu Lehre von der «Hyperkeratosis diffusa congenita».

Genaue makro- und mikroskopische Beschreibung des Befundes bei einem 7monatlichen Fötus einer syphilitischen Mutter.

J. Metschnikow: «Ueber Cytotoxine».

Uebersicht über die neueren Forschungen von Bordet, Ehrlich und Morgenroth und nam. über die ausgiebigen Untersuchungen des Verfassers. Zum Referate ungeeignet.

N. Michailow: «Ueber Lipoma arborescens».

Autor beschreibt einen seltenen Fall von Lipoma arborescens an der Lehne des m. extensor carpi radialis. Nach der Meinung des Autors handelt es sich hier durchaus nicht um eine Neubildung, sondern um das Product einer chronischen Entzündung, der Hyperplasie der Zotten der Synovialmembran mit Bildung von Fettgewebe an den hyperplastischen Partien. Unzweifelhaft bildet sich diese chronische Entzündung auf dem Boden einer tuberculösen Prädisposition; so dass die Bezeichnung von Hueter «synovitis hyperplastica tuberosa» hier mehr am Platze sei.

S. Lewaschew: «Ueber Glycosolvol».

Die günstigen Resultate, welche Lindner, Schedler und andere Autoren mit dem Glycosolvol bei Diabetes erzielten, veranlassten den Verf. das Mittel in 2 geeigneten Fällen zu probiren.

Bei Anwendung der von Lindner angegebenen Dosen blieb jeder Effect aus, weder änderte sich der Zuckergehalt des Urins, noch das Körpergewicht des Kranken: wohl aber trat eine sehr günstige Wirkung zu Tage, als Autor das von Lindner angegebene Pulver in Dosen von 3 Theelöffeln 5—8 Mal täglich zur Anwendung brachte. Da nun das Pulver nach den Angaben des erwähnten Autors ein Gemisch aus Glycosolvol und Pulvis Semin. Syzygii Jambolani darstellt, so schreibt Autor die günstige Beeinflussung des Diabets nur diesem Mittel zu.

A. Braunstein: «Eine Methode zur quantitaven Bestimmung des Harnstoffs im Urin».

5 Ccm. Harn werden mit 5 Ccm. eines Gemisches von Chlorbarium und Bariumhydrat (50 gram Bariumhydrat und 250 gram Chlorbarium auf 1 Liter Wasser) und 100 Ccm. eines Gemisches von Spiritus und Aether (2:1) gefällt. Am anderen Tage wird die Alkohol-Aether-Lösung filtrirt, der Filter 6—7 mal durchgewaschen; 50 Ccm. des Alkohol-Aethergemisches und das Filtrat werden bei einer Temperatur von 55° abgedampft. Zu Ende dieses Processes wird etwas detsillirtes Wasser hinzugesetzt und MgO (Messerspitze), die Eindampfung geschieht, bis 10 Ccm. als Rest nachbleiben. Dieser Rest wird in einen Erlenmeyerschen Kolben gebracht, in dem 10 gr. krystallischer Phosphorsäure oder 7 Ccm. acidi phosphorici liquidi vorhanden sind; $4^1/_2$ Stunden lang wird alsdann das Gemisch bei einer Temperatur von 140°—145° erwärmt.

Nach Erkalten wird die erstarrte Masse in heissem Wasser aufgelöst und der Stickstoff nach Kjeldahl bestimmt. Diese Methode soll nach Verf. ganz besonders correct sein.

D. Kischensky: «Primärer Plattenzellenkrebs der Nierenbecken und Metaplasie des Schleimhautepithels der Nierenbecken, des Beckens und der Harnleiter».

Ein höchst interessanter und lehrreicher Fall. Das Plattenzellencarcinom entwickelte sich primär im Nierenbecken. Bei der Autopsie der 32jährigen Frau fand Autor Tumoren in der rechten Niere, in der Leber, am Zwerchfell, am Peritoneum und im rechten Kniegelenk; auch der untere Theil der Femurdiaphyse war afficirt. Ueberall handelte es sich um Plattenzellenkrebs; morphologisch erinnerten die Krebszellen an die Zellelemente der Schleimhäute der Ureteren, des Beckens und der Nierenbecken. In allen afficirten Organen waren dieselben Zellelemente nachweisbar. In den Nieren, den Knochen und theilweise auch in den Lymphdrüsen zeigten die Tumoren insofern ein abweichendes Verhalten, als die Krebszellen grosse Tendenz zur Verhornung, und die Krebsknoten zur Petrification aufwiesen. Die Details sind im Original nachzulesen; dort finden sich auch recht instructive Zeichnungen.

P. Bilfeld: «Eisen in der Leber des gesunden Menschen».

Autor hat die Lingen'schen Versuche wiederholt; er fand, dass der Eisengehalt in den Leberzellen des gesunden Menschen grossen Schwankungen unterlegen sei; im Durchschnitte findet man 0,169 pCt. In den Leberzellen von gesunden Frauen findet man im Allgemeinen weniger Eisen, als in den gesunder Männer. Im senilen Alter werden die Leberzellen eisenreicher. Am geringsten ist der Eisengehalt der Leberzellen im Alter von 20—25 Jahren.

S. Kirkorow: «Ein Fall von pseudoleukämischer Hauterkrankung.

N. Klopotowski: «Ueber die Veränderungen der Herzganglien, der Herzmusculatur, der Nieren und der Leber bei der Digitalisintoxication».

Experimentelle Studien an Hunden und zwar mit dem Digitalisinfus und dem Digitalin. Die markantesten Alterationen fand Autor an den Herzganglien, deren Zellkörper immer bedeutende Veränderung aufzuweisen hatte, nur der Zellkern behielt gewöhnlich seine Structur. Bei acuten Intoxicationen (Tod nach einigen Stunden) war der Zellkörper vergrössert, er füllte den ganzen von der Kapsel umgebenen Raum aus; von einer Structur war gewöhnlich Nichts zu constatiren, nur an vereinzelten Nervenzellen konnte noch die normale Gruppirung der chromatophilen Substanz an der Zellperipherie nachgewiesen werden. An Präparaten von Thieren, die längere Zeit am Leben blieben (von 3—8 Tagen) konnte man zwischen dem Zellkörper und der Kapsel halbmondförmige Vacuolen nachweisen. Das Zellprotoplasma war in solchen Fällen ganz gleichmässig oder aber etwas kernig. Bei mehr chronischen Intoxicationen (von 8—15 Tagen) nimmt der Zellkörper eine ganz unregelmässige Form an, er ist geschrumpft, von der Kapsel abstehend; man findet viele Vacuolen und Fetttröpfchen; bei Vergiftungen die 30—40 Tage dauern ist der Körper der Nervenzelle noch mehr verändert, mit kernigen Fetttröpfchen gefüllt. In der Herzmusculatur waren die Veränderungen nicht sehr ausgesprochen; es fand sich ein grosser Blutreichthum; bei subacuter oder chronischer Intoxication konnte man das Verschwinden der Querstreifung leicht constatiren. In der Leber und den Nieren fand Autor bei schweren Intoxicationen Fettdegeneration.

F. Bukojemski: «Zur Frage von den intrauterinen Injectionen».

Am Stadthospital zu Odessa hat Autor im Verlaufe von 4 Jahren die intrauterinen Injectionen von Jodtinctur (Jodtinctur und Alkohol zu gleichen Theilen, daneben 5 pCt. Alumnol) bei verschiedenen Uteruserkrankungen angewandt. Er fand, dass die Methode absolut ungefährlich sei und recht günstige Resultate liefern könne. Der Effect tritt bei täglichen Einspritzungen gewöhnlich nach 30—35 Injectionen ein; am schönsten ist derselbe in frischen acuten Fällen von Endometritis (gonorrhoica), wobei die bei derselben häufig eintretenden Complicationen immer ausbleiben. Bei chronischen Veränderungen der Adnexa kann man durch intrauterine Injectionen die operative Entfernung der Adnexa vermeiden. Die Jodeinspritzungen bewähren sich ferner bei kleinen Uterusmyomen; die Blutung kann in einigen Tagen sistiren.

W. Sawjalow. Blutanalyse bei einem Bluter.

Die Details der Analyse sind im Original nachzulesen. S. fand, dass die rothen Blutkörperchen im hämophilischen Blut eine Substanz enthalten, die die Blutgerinnung verhindert; diese Substanz ist ganz analog dem Al. Schmidt'schen Cytoglobin; höchst wahrscheinlich geht diese Substanz im Moment der Blutung in's Plasma über und verringert die Gerinnungsfähigkeit des Blutes.

W. Nissen. «Zur Klinik der Vierhügeltumoren nebst Angaben zur differentiellen Diagnose dieser Tumoren von denjenigen des Kleinhirns».

Diese interessante und in vieler Hinsicht lehrreiche Arbeit wird wohl demnächst in deutscher Sprache erscheinen. Wir wollen hier nur in kurzen Zügen ein Resumé derselben geben. Es liegen der Arbeit fünf sorgfältig beobachtete Krankengeschichten zu Grunde, und zwar handelte es sich um käsige Geschwülste der corpora quadrigemina, die in Form von streng localisirten Heerden in den pedunculis und dem Tegmentum sich vorfanden, in einem Fall nahm der Tumor nur die obere Partie des Mittelhirns, also die eigentlichen Vierhügel ein. Auf Grund der in der Literatur bekannten anatomischen und klinischen Daten über die Tumoren der Vierhügelregion und namentlich auch auf Grund eingehender Studien der fünf beobachteten Fälle, bemüht sich Autor eine sog. Localisationsdiagnose für die einzelnen Partien der Vierhügel anzugeben. Er unterscheidet 1) Läsion der Hirnschenkel (mit der Pyramidenbahn). Symptome: Lähmung der Extremität auf der gegenüberliegenden Seite, Rigidität und Contractur der gelähmten Partie. Breitet sich die Geschwulst auch auf den anderen Hirnschenkel aus, so werden natürlich die beiderseitigen Extremitäten gelähmt sein.

2) Läsion des Tegmentum der Hirnschenkel, des dorsalen Theiles, wo die Nervenkerne der Augenmusculatur liegen, bedingt Lähmung der äusseren und inneren Augenmuskeln auf der entsprechenden Seite, zuweilen gesellt sich Trochlearislähmung hinzu. Diese Paralyse geht häufig auf das andere Auge über. Nicht gleichbedeutend mit diesen Symptomen, aber doch erwähnenswerth sind die hierbei zu beobachtenden Gehstörungen in Form der sog. cerebellaren Ataxie (Fasern, welche vom Kleinhirn zum rothen Kern an den am meisten ventral gelegenen Schichten des Tegmentum pedunc. cerebri ziehen).

3) Die Aufstellung von pathognomonischen Symptomen für eine Affection der Vierhügel per se ist mit Schwierigkeiten verbunden; kleine Tumoren können zuweilen ganz Symptomenlos verlaufen. Auf Grund eines vom Autor beobachteten typischen Falles, weist N. auf Sensibilitätsstörungen und namentlich auf Schmerzen, welche nach der Brustwirbelsäule irradiiren als — charakteristische Symptome hin, zumal die sog. sensible Schleifenschicht in den vorderen Hügeln theilweise ihre Endstation erreicht. Gehörstörungen, wie etwaige Taubheit, kommen bis zu einem gewissen Grade der Läsion der hinteren Hügel zu, wahrscheinlich sind in solchen Fälln die nächsten Nachbartheile (corpus geniculatum mediale) mit afficirt. — Ausser diesen rein localen Symptomen müssen auch die allgemeinen für Hirntumoren charakteristischen Erscheinungen für die differentielle Diagnose verwerthet werden. So weist Autor darauf hin, dass die Kopfschmerzen bei Vierhügeltumoren durchaus nicht so intensiv und so hartnäckig sind; auch wird der Schmerz, nicht etwa wie bei Kleinhirntumoren, immer im Hinterhaupte localisirt. — Ferner soll das Erbrechen bei Vierhügeltumoren nicht so constant während der ganzen Lebensdauer des Patienten anhalten; zu Beginn der Krankheit ist das Erbrechen vorhanden, dann aber kann es ganz fehlen, oder nur selten in Erscheinung treten; vor dem Tode zeigt es sich wieder; bei Kleinhirntumoren kann man das Erbrechen ganz constant, sogar einige Male täglich beobachten.

Von grosser differentiell-diagnostischer Bedeutung ist das Verhalten der Augen und des Augenhintergrundes. So z. B. ist bei Kleinhirntumoren das Schielen, wenn es überhaupt zu constatiren ist, nicht besonders ausgesprochen, man hat nicht das Gefühl, dass es sich hier um Paralyse der Augenmuskeln handele; während bei Vierhügeltumoren schwere Formen der sog. Kernlähmung einzelner Augenmuskeln vorherrschend sind (am häufigsten Ptosis). Bei Kleinhirnerkrankungen handelt es sich eher um Muskelparesen, um erschwerte Bewegungen des ganzen Augapfels; oder aber das Schielen tritt periodisch auf in Verbindung mit der Deviation des ganzen Augapfels nach einer Seite. Was den Augenhintergrund anlangt, so fand N. nur in einem Fall von Vierhügeltumoren ausgesprochene Neuritis optica und auch hier war diese Neuritis offenbar abhängig von einem Basilarexsudate am Chiasma. Dagegen findet man in allen Fällen von Kleinhirntumoren Neuritis optica oder Sehnervenatrophie. Stauungspapille wird bei Kindern selten constatirt. Das Sehvermögen verringert sich oder schwindet ganz bei Kleinhirntumoren gewöhnlich in kurzer Zeit, während es bei Vierhügeltumoren

lange Zeit intact bleiben kann. Störungen des Sehvermögens gehören nach N. nicht zu den charakteristischen Symptomen der Vierhügeltumoren, dagegen sind die Veränderungen des Augenhintergrundes und die erwähnten Störungen des Sehvermögens bei Kleinhirntumoren als charakteristische Symptome aufzufassen, die, wenn auch nicht direct von einer Läsion des Kleinhirnparenchyms abhängig sind, so doch entschieden mit der Erkrankung desselben in Zusammenhang gebracht werden müssen (Druck des vergrösserten Organes auf die nächsten Nachbartheile — plexus choroideus, foramen Magendie, apertura lateralis).

Zum Schluss seiner Arbeit macht Nissen auf eine, besonders für das Kindesalter geltende, Thatsache aufmerksam — es ist das die Multiplicität der käsigen Geschwülste; in einem von ihm beobachteten Falle konnte er 23 solcher Tumoren constatiren; dabei hatte N. den Eindruck erhalten, als ob die vereinzelten Heerde grade diejenigen Regionen des Hirns einnahmen, die in engerer anatomischer resp. functioneller Beziehung zu einander und namentlich zum Sitz des primären Tumors standen — eine Thatsache, die in diagnostischer Hinsicht wohl zu berücksichtigen wäre, vielleicht auch therapeutischen Werth, im Sinne des operativen Eingriffes, besitzt.

Abelmann.

Chirurgija, Bd. 9 Nr. 49—51.

N. Napalkow. «Ueber die experimentelle Methode in der Anatomie». (№ 49).

N. Michailow. «Ueber die Cauterisation mit Sonnenstrahlen und heisser Luft». (№ 49).

Die Mängel, die der Anwendung des Glüheisens und des Paquelinschen Apparates anhaften, werden nach M. bei der Benutzung von Sonnenstrahlen und heisser Luft zum Zweck der Cauterisation in sehr bequemer Weise vermieden. Zur Cauterisation mit heisser Luft benutzt M. einen dem Paquelinschen Brenner nachgebildeten Apparat von Schwabe. Sonnenstrahlen lassen sich bekanntlich durch Sammellinsen genügend concentrieren, um beträchtliche Hitzewirkung entwickeln zu kennen. Mit beiden Verfahren hat M. vorzügliche Resultate bei Zerstörung kleiner Tumoren, Lupusknoten etc. gesehen. Er betont die bequeme Dosirung der Hitze, die Schonung der umgebenden gesunden Haut und die zarte Narbenbildung.

P. Djakonow. «Zur Diagnose und Behandlung der Gallensteinkrankheit». (№ 49).

Die Zahl der in der russischen Litteratur publicirten Operationen an den Gallenwegen ist verhältnismässig sehr gering. D. hat 31 derselben in Tabellenform zusammengestellt und fügt ihnen 5 eigene Fälle hinzu, deren Krankengeschichten ausführlich mitgetheilt werden. Die Seltenheit der Operationen erklärt D. durch die Schwierigkeit der Diagnose und durch den Umstand, dass die Anschauung, dass die Gallensteinkrankheit zu den sog. «Grenzgebieten» gehöre und mithin auch häufiger ver ein chirurgisches Forum komme müsse, sich noch nicht genügend Bahn gebrochen habe. Bezüglich der Therapie tritt Verf. energisch für die Exstirpation der Gallenblase als radicales Verfahren ein.

W. Swenzàzkij. «Ueber Schusswunden, verursacht durch Mantelgeschosse und gewöhnliche Bleikugeln. (beobachtet während der jüngsten kriegerischen Verwickelungen in der Mandschurei)». (№ 50).

Die Arbeit bestätigt die auch anderwärtig gemachten Beobachtungen über die relative Ungefährlichkeit der durch die moderuen Mantelgeschosse gesetzten Wunden.

N. Trinkler. «Zur Casuistik der Mesenterialtumoren». (№ 50).

T. exstirpirte eine $2^{1}/_{2}$ ℔ schwere, kugelige Geschwulst, die zwischen den Blättern des Mesenteriums einer Dünndarmschlinge sass. Dabei mussten 65 cm. Dünndarm resecirt werden. Mikroskopisch erwies sich die Geschwulst als Sarcom. Heilung.

J. Bondarew. «Ueber acuten Ileus». (№ 50).

Casuistische Mittheilung von 5 Fällen acuter Undurchgängigkeit des Darmes.

J. Kalabin. «Lamium album bei uterinen Blutungen». (№ 50).

Auf Grund experimenteller Untersuchungen an Hunden, wobei die Wirkung des lamium album auf den Blutdruck und die Uterusmusculatur studirt wurde und auf Grund einer grösseren klinischen Erfahrung empfiehlt K. dieses Mittel als brauchbares Hämostatikum. Verf. verordnet tinct. lamii albi zu 40 Tropfen 2-stündlich bei uterinen Blutungen.

A. Martynow. «Hernien des «Leistendreiecks». (№ 50).

Mit diesem Namen bezeichnet M. eine besondere Art Leistenhernien, deren er zwei Fälle beschreibt. Die Hernie tritt in die innere Oeffnung des Leistenkanals ein, verläuft in ihm aber nicht bis zur äusseren Oeffnung, sondern wölbt direkt die in beiden beobachteten Fällen stark verdünnte Aponeurose des musc. obliquus externus vor, ohne sie zu durchbrechen, wie das bei der hernia paraingninalis (Lotzbeck) der Fall ist. Verf. giebt die Möglichkeit zu, dass diese Hernien mit der von Maydl und Graser beschriebenen Bubonocele identisch sind. Klinisch zeichnet sich die Hernie durch leichte Reponibilität aus. Ein eigentlicher Bruchsack fehlt. Die Radicaloperation wurde nach einem der Rouxschen Operation nachgebildeten Verfahren ausgeführt.

N. Swjäginzew. «Ueber Radicalbehandlung der Leistenbrüche». (№ 50).

Bericht über 109 Radikaloperationen von Leistenhernien an Kranken, die im Laufe von $1^{1}/_{2}$ Jahren in einem Landschaftshospital im Saratowschen Gouvernement ausgeführt wurden. Das Kocher'sche Verfahren kam 80 Mal, das Bassini'sche 25 Mal zur Anwendung. Vier Fälle wurden atypisch operirt. Die Krankengeschichten sind kurz in Tabellenform mitgetheilt.

S. Fedorow. «Ueber die Behandlung der allgemeinen eitrigen Peritonitis mittels der Laparotomie». (№ 51).

Im Anschluss an 5 Krankengeschichten bespricht Verf. die operative Therapie der allgemeinen eitrigen Peritonitis. Er betont die Wichtigkeit der sorgfältigen Drainage und macht auf die gewöhnlichsten Localisationen der Eiteransammlung an der hintern Bauchwand aufmerksam. (Bursa praegastrica, canales laterales dexter et sinister, sinus mesenterici dexter et sinister kleines Becken). Zur Drainge genügen gewöhnlich 3 Schnitte: einer in der linea alba zwischen Nabel und Symphyse und zwei seitliche parallel dem lig. Poupartii. Verf. ist Gegner der Eventration der Darmschlingen, befürwortet aber war die Spülung der Abdominalhöhle.

Th. Alexandrow. «Ueber die operative Therapie der Uterusmyome während der Schwangerschaft». (№ 51).

Die Schlussfolgerungen der ausführlichen Arbeit betreffen hauptsächlich die Indicationsstellung. Ein operativer Eingriff wegen Myomen während der Gravidität ist nur gerechtfertigt bei drohender Lebensgefahr. Künstliche Frühgeburt und künstlicher Abort werden durch Anwesenheit von Myomen nicht gerechtfertigt. Die Myomotomie und Enucleation soll womöglich in der ersten Hälfte der Gravidität vorgenommen werden; ist eine solche Operation unmöglich, so ist die Totalextirpation des Uterus der supravaginalen Amputation vorzuziehen. Die Porro'sche Operation ist nur bei multiplen intramuralen Myomen erlaubt, für den Fall dass ein Myom ein Geburtshindernis abgiebt, soll der conservative Kaiserschnitt ausgeführt werden.

B. Prschewalski. «Die Exarticulation im Hüftgelenk bei Geschwülsten des Oberschenkelknochens. (Die besten Operationsmethoden und therapeutischen Resultate)». (№ 51).

Für das beste Verfahren hält Verf. die Operation von Wyeth die die geringste Sterblichkeit aufzuweisen hat. In Tabellenform sind die Krankengeschichten von 180 in der Litteratur niedergelegten Fällen kurz mitgetheilt.

Wold. Fick.

Дозв. ценз., Спб., 12 Іюля 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 8. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1901.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Archiw psichiatrii, neirologii i ssudebnoj psichopatologii (Archiv für Psychiatrie, Neurologie u. gerichtl. Psychopathologie).
Bolnitschnaja gaseta Botkina (Botkin's Hospitalzeitung).
Chirurgia (Chirurgie).
Djetskaja Medizina (Pädiatrische Medicin).
Jeshenedjelnik (Wochenblatt).
Ljetopijss russkoi chirurgii (Annalen der russisch. Chirurgie).
Medizina (Medicin).
Medizinskoje obosrenje (Medicinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Russkij Archiw Patologii, klinitscheskoi Mediziny i Bacteriologii (Russ. Archiv für Pathologie, klin. Medicin u. Bacteriologie).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Westnik klinitscheskoj i ssudebnoj psichiatrii i neiropatologii (Zeitschrift für klinische und gerichtliche Psychiatrie und Neuropathologie).
Westnik obschtschestwennoj gigieny, ssudebnoj i praktitscheskoj mediziny (Zeitschrift für öffentliche Hygiene, gerichtliche und praktische Medicin).
Wojenno-medizinskij shurnal (Militär-medicinisches Journal).
Wratsch (Der Arzt).

Djetskaja Medizina 1901. Nr. 1 und 2.

T. P. Krassnobajew: «Ein Fall seltener Form von Hauttuberculose bei einem 13jährigen Knaben». (Nr. 1).

Pat., welcher angeblich von seinem dritten Lebensjahre krank sein soll, bot verschiedene Merkmale sowohl abgelaufener als auch bestehender tuberkulöser Processe an seinem Körper, wie Spondylitis, Spinae ventosae, Narben, die auf überstandene Drüseneiterungen hinwiesen, und am rechten Unterarm drei typische, in Zerfall begriffene Scrophulodermata. Von besonderem Interesse ist aber derjenige Krankheitsprozess, welcher sich am linken Fuss abspielt. Der Fussrücken von der Zehenbasis hinauf bis übers Talocruralgelenk ist überdeckt von einer difusen, graurothen Schwellung, die hart und beinahe schmerzlos ist. An der Peripherie dieser Geschwulst sitzen warzenförmige Gebilde ähnlicher Beschaffenheit von Erbsen- bis Wallnussgrösse. Die ganze Masse erscheint zerklüfftet, durchzogen von mehr oder weniger tiefen Furchen, aus welchen sich auf Druck dicklicher Eiter und jauchige Massen entleeren, stellenweise haften den Furchen stinkende Borken an. Durch die Sonde kann constatirt werden, dass diese Furchen im Allgemeinen nicht sehr weit in die Tiefe gehen, und nirgends die Knochen entblösst erscheinen. Besonders grosse Warzengebilde finden sich an der Basis der zweiten Zehe, an der Aussenseite der Achillessehne und an der Innenfläche des Fusses. Nur die Fusssohle erscheint völlig frei und ist bedeckt von normalbeschaffener Haut. Die microscopische Untersuchung einer resecirten Geschwulstpartie zeigte das typische Bild einer tuberculösen Hauterkrankung.

N. Rosenberg: «Zur operativen Chirurgie, pathologischen Anatomie und Histologie angeborener Palpebro-orbitalcysten bei Kindern». (Nr. 1).

Innerhalb kurzer Zeit bekam R. zwei Fälle genannter Geschwulstform in Behandlung. Im ersteren Falle befand sich bei dem 10jährigen Mädchen eine Dermoidcyste mit Haarbildung unter dem linken oberen Augenlid und reichte in die Orbitalhöhle nach hinten hinein. Dadurch bedingt waren Ptosis, Dislocation des Augapfels nach unten und beschränkte Beweglichkeit des Auges nach oben. Unter Cocain entfernte Verf. die Geschwulst, daran eine Ptosisoperation anknüpfend. R. glaubt nun die Entstehung dieser Geschwulst in die 10. bis 16. Foetalwoche zurückverlegen zu können. Und zwar bilden sich um diese Zeit beim Foetus die ersten Haaransätze, die der Augenbrauen. Bei dem erwähnten Kinde war nun oberhalb der Geschwulst eine Lücke in der Augenbraue zu bemerken, so dass das Dermoid mit seinen Haaren den Eindruck eines Coloboma supercilii machte.

Im zweiten Falle, bei dem 4 Jahre alten Knaben wurde von R. ein multiloculäres Lipodermoid von 2,5 ctm. Länge und 1,2 ctm. Breite rechterseits unter dem oberen Augenlid entfernt. Dasselbe lagerte gleichfalls im Orbitalfett. Da nun diese stets extramusculär gelegenen Geschwülste Neigung zum Wachsen zeigen und dadurch auf ihre Umgebung durch Druck schädigend einwirken können, so ist die Diagnosticirung derartiger Neubildung gleichbedeutend der Indication zur schleunigen Entfernung derselben.

K. A. Markowa: «Zwei Fälle von Oedem ohne Albuminurie». (Nr. 1).

Im ersten Falle, bei einem 11jährigen Knaben, der hochgradig anaemisch war und sich in durchaus minderwerthigen hygienischen Verhältnissen befunden hatte, entwickelte sich im Anschluss an eine Colitis von zweiwöchentlicher Dauer ein allgemeines Oedem des Körpers, welches nach achttägigem Aufenthalt im Hospital vollständig geschwunden war. Der Knabe verblieb noch weitere 3 Wochen unter Beobachtung, und die ganze Zeit über war der Urin vollkommen frei von Eiweiss. Bei diesem Pat. war beim Eintritt ins Hospital eine gewisse Herzschwäche bemerkbar. Der andere Kranke, ein 5 Jahre alter Knabe hatte einen Enterocatarrh durchgemacht und hatte sich bei demselben daraufhin ein Oedem des Körpers entwickelt gehabt. Auch hier fehlte Albuminurie. In diesem Falle war anamnestisch Scarlatina in Erfahrung gebracht. Jedenfalls kann keiner der mitgetheilten Fälle zu dem von einigen Autoren aufgestellten Krankheitsbilde des idiopathischen, essentiellen, Oedems gerechnet werden, welches die Kinder bei vollem Wohlsein, gewöhnlich nach einer Körperabkühlung befallen soll, acut verläuft und einen günstigen Ausgang nimmt.

A. A. Kissel: «Ein seltener Fall von angeborenem Herzfehler bei einem 6jährigen Mädchen». (Nr. 1).

Verf. hatte das betreffende Kind der Versammlung des paediatrischen Vereins in Moskau am 15. Nov. 1900 demonstrirt. Dasselbe bot folgende Symptome: die gesammte Hautfärbung ist eine bläuliche, die der sichtbaren Schleimhäute eine purpurviolette. Trommelschlägelfinger. An der Spitze des in annähernd normalen Grenzen sich befindenden Herzens und im zweiten linken Interkostalraum hört man ein leises, blasendes, systolisches Geräusch, welches am deutlichsten an der Auscultationsstelle der Art. pulmonalis erscheint. Ueber der Pulmonalis sind beide Herztöne hörbar, wobei der zweite Pulmonalton eine Accentuirung aufweist. Der Puls, 96—100 pro Minute, ist schwach. Die Extremitäten besitzen trotz bestehender starker Cyanose normale Hautwärme. Im Bette sich aufhaltend befindet sich Pat. relativ wohl, doch die geringsten Gehversuche rufen sofort starken Schwindel und Dyspnoe hervor, wobei die Schleimhäute eine blauschwarze Färbung annehmen. Dieselben Erscheinungen treten auch unter psychischen Aufregungszuständen auf. Das bei zufälligen Hautverletzungen zu Tage tretende Blut ist bläulichschwarz. Während des 1½ Jahre langen Aufenthalt es im Hospital veränderten sich nicht im Geringsten weder der Herzbefund noch auch die anderweitigen Symptome.

K. diagnosticirt nun in diesem Falle eine Stenose der Art. pulmonalis, wobei er zur Erklärung der vorhandenen Compensation ein Offenbleiben des Ventrikularseptums als höchst wahrscheinlich vorhanden hinstellt. K. glaubt derartigen Septumdefect in den Fällen von Pulmonalstenose annehmen zu dürfen — wie er es auch früher bei 3 von ihm beobachteten Fällen gesehen hat — wenn 1) jegliche Compensationsstörungen trotz bestehender hochgradiger Cyanose fehlen, 2) das Herz nicht deutlich nach rechts vergrössert ist, 3) der Kranke sich im allgemeinen relativ wohl befindet und 4) er noch mehrere Jahre nach der Geburt am Leben bleibt. Dabei stützt K. sich auf seine Erfahrung, dass ein Fehlen eines

deutlichen systolischen Geräusches durchaus nicht gegen das Offenbleiben des Septums spräche. Der accentuirte zweite Pulmonalton lässt die Vermuthung nahe kommen, dass es sich beim Pat. K.'s eventuell ausser den besprochenen Bildungsfehlern am Herzen auch noch um ein Offenbleiben des Ductus Botalli handeln könnte.

A. E. Hippius: «Ein Apparat um die Milch im Hausgebrauch zu pasteurisiren». (Nr. 1).

Der vom Verf. construirte Apparat, in welchem es möglich ist, beliebig lange Zeit die Milch — in denselben in Soxletflaschen placirt — auf 65° C. zu erhalten, hat durch zahlreiche Versuche erwiesen, dass ein Einwirkenlassen genannter Temperatur auf die Milch im Laufe einer 1/2 bis 2 Stunden die Milch absolut nicht in ihrer chemischen Zusammensetzung verändert, dieselbe ebenso nahrhaft und leicht verdaulich bleibt wie im rohen Zustande, dagegen die Garantie bietet, dass die Milch absolut keimfrei geworden ist und deshalb ungefährlich zur Ernährung der Kinder. Der Apparat ist billig, leicht zu gebrauchen und dauert das Pasteurisiren der Milch in derselben bis zum Momente das Erhaltens tadelloser Milch in chemischer und hygienischer Beziehung 20 Minuten lang. Dem Aufsatze ist eine genaue Beschreibung des Apparates mit Abbildung desselben beigefügt.

A. Kissel: «Ein Fall von Rachitis bei einem 2monatlichen Kinde. (Nr. 1).

Bereits am 9. Lebenstage wies das Kind eine leichte Verdickung der Knorpelansäze der Rippen auf, mit 2 Monaten waren diese Verdickungen bedeutend deutlicher geworden und kamen noch andere Symptome von Rachitis hinzu, wie Craniotabes, deutliche Höcker der Scheitelbeine, ein verhältnissmässig grosser Kopf. Mit 4 Monaten waren die Unterschenkel ausserdem noch verkrümmt. Das Allgemeinbefinden dieses Kindes war ein vorzügliches, es befand sich unter tadellosen hygienischen Bedingungen, war an der Mutterbrust und konnte keinerlei Ursache für die Constitutionskrankheit eruirt werden, ausser anamnestischen Angaben, dass der Vater des Kindes in seiner Kindheit rachitisch gewesen. K. ist der Meinung, dass der mitgetheilte Fall gerade an einen hereditären Ursprung der Rachitis denken lasse; dafür spräche auch die so frühzeitig — am neunten Lebenstage — bemerkte Auftreibung an den Rippenknorpeln.

M. W. Achmetjew: «Ein Fall von schwerem Morbus Werlhofii mit tödtlichem Ausgang». (Nr. 1).

Bei dem 9 Jahre alten Knaben bestand das Krankheitsbild einer infectiösen haemorrhagischen Diathese, welches nach ca. 14 Tagen Unwohlsein tödtlich endete. Ausser Blutungen in die Haut, waren noch vorhanden Darm-, Nasenblutungen, ein blutendes ulceröses Geschwür an der linken Tonsille; und ophtalmoscopisch konnten eine ganze Anzahl grösserer und kleinerer Haemorrhagien am Augenhintergrunde constatirt werden. Die Blutuntersuchung zeigte mikroscopisch eine Poikilocytose: viele Mikroblasten und rothe Blutkörperchen von nierenförmiger Gestalt. Die Blutelemente waren an Zahl vermindert. Eine Bouilloncultur des Blutes, entnommen mit einer Pravaz'schen Spritze aus der Vena mediana antibrachii, ergab Reinculturen des Staphylococcus albus.

Der Tod erfolgte im Collaps nach einer Darmblutung. Bei der Section fanden sich unter anderem: ein subduraler Bluterguss auf der rechten Hirnhemisphäre von Handgrösse des Kindes, zahlreiche Haemorrhagieen auf der Pleura pulmonalis, das Herz deutlich parenchymatös degenerirt, der Herzmuskel blass und schwach; auf dem linken Herzen unter dem Epicard zerstreute kleine Haemorrhagieen, auf der Oberfläche des rechten Herzens eine solche von grösserer Dimension. Fettdegeneration der Leber. Die Mesenterialdrüsen stark vergrössert und caseös degenerirt in der Mehrzahl derselben. Zahlreiche Blutungen im Magendarmtractus.

S. Timaschew: «Ein Fall von Friedreichscher Krankheit». (Nr. 1).

Diese Krankheit, bekannt auch unter dem Namen hereditärer Ataxie, ist bereits von mehreren Autoren ohne hereditäre Belastung beobachtet worden; auch der 13-jährige Pat. Verf., bei welchem die Erscheinungen der Ataxie sich allmählich vom achten Lebensjahre entwickelt hatten, bot keinerlei Anhaltspunkte eine Heredität annehmen zu dürfen. Die Krankheit des Pat. passte in ihren Erscheinungen unter das von Friedreich aufgestellte Krankheitsbild.

«Zur Frage der Mittel eines Kampfes mit der Diphtherie». — Bericht der Comission der Gesellschaft der Kinderärzte in Moskau. (Nr. 2).

Da es nun klar steht, dass der Löffler'sche Bacillus den specifischen Krankheitserreger der Diphtherie darstellt, so muss auch die ganze Aufmerksamkeit der Prophylaxe darauf gerichtet sein, die Menschen vor diesem Bacillus zu schützen, d. h. eine strenge Isolation aller Träger dieses Bacillus, sowie Desinfection sämmtlicher inficirter Gegenstände ist eine conditio sine qua non für einen Erfolg im Kampfe mit der Diphtherie.

N. Lapiner: «Ein Fall von primärer Diphtherie der Haut und der Geschlechtstheile». (Nr. 2).

Nachdem 3 Geschwister an Angina diphtheritica erkrankt waren, befiel das vierte Kind, ein Mädchen von 7 Jahren an dem diphtheritischen Process an den grossen Labien, den Labia minora, der Clitoris und um das Orificium urethrae ext. Es bestanden starke Harnbeschwerden. Therapeutisch wurde ausser einer Lokalbehandlung mit Sublimatbespülungen und einer Ortoformsalbe der Pat. noch Serum eingespritzt. Der Fall endete in Heilung. L. ist der Ansicht, dass eine Infection der Geschlechtstheile mit dem Diphtheriebacillus auch ohne vorhergegangene Verletzung der Theile von statten gehen könne, und gelegentlich von Hausepidemien der Arzt die Eltern stets auf eine derartige Infection aufmerksam machen müsste, damit rechtzeitig dagegen eingeschritten werden würde. Im beschriebenen Falle hatten bereits vier Tage Klagen über Schmerzen beim Uriniren bestanden, ehe die Eltern das Kind mit dem bereits stark um sich gegriffenen Leiden dem Arzte vorführten.

T. P. Krassnobajew: «Kurzer Bericht über die Thätigkeit der chirurgischen Abtheilung des Moscauschen städtischen Kinderspitals des Hl. Wladimir im Jahre 1899». (Nr. 2).

Der Bericht illustrirt in vorzüglicher Weise die rege Thätigkeit genannter Abtheilung.

N. A. Steinhaus (Irkutsk): «Ein Fall von Risswunde mit Zerschmetterung des Knochens der rechten Stirngegend. Trepanation. Heilung». (Nr. 2).

Die Verwundung hatte sich der 5 Jahre alte Knabe durch einen Hufschlag seitens eines Pferdes zugezogen. Ein Fingerbreit über dem rechten Orbitalrand, parallel demselben, bemerkte man eine pulsirende Risswunde der Weichteile, die bedeckt war von einem Blutgerinnsel. Die Wunde war 5 ctm. lang und etwa 3 ctm. breit. Die pulsirende Masse besteht bei genauerer Untersuchung aus Blutgerinnseln untermischt mit weisslich-grauer Hirnmasse und feinen Knochensplittern. Bei der vorgenommenen Operation verlängerte S. den Hautschnitt, vergrösserte durch Trepanation die Knochenwunde, um die Knochensplitter zu entfernen. 4 Knochensplitter von 1—3 ctm. Durchmesser wurden beseitigt, zwei andere Splitter, die mit dem Periost in Zusammenhang waren, reponirt. Ein Theil der Hirnsubstanz, von Gewicht c. 15 gramm schwer, wurde resecirt zusammen mit Blutgerinnseln, zerfetzter dura und den Knochensplittern. Der nun zurückbleibende Defect im Stirnbein von unregelmässig dreieckiger Form und 4 ctm. Durchmesser wurde bedeckt durch einen Hautmuskellappen, der herausgeschnitten hierselbst an der Stirne wurde. Die Wunde wurde durch 6 Nähte fest geschlossen. An der Stelle des Knochendefects bemerkte man nun eine deutliche Pulsation. Heilung per primam am 10. Tage. Während des ganzen Krankheitsverlauf wurde absolut nichts anormales seitens der Psyche beobachtet und entwickelte sich auch das Kind späterhin durchaus normal.

N. A. Steinhaus: «Ein Fall von Schusswunde der Mundhöhle». (Nr. 2).

Das 11-jährige Mädchen hatte durch Unvorsichtigkeit der Verwandten eine Flintenschrotladung in das Gesicht erhalten. Letzteres ist durch Pulverdampf verbrannt, die rechte Wange geschwollen, die Unterlippe eingerissen auf 1 ctm. Tiefe, wobei die Wunde durch grauen Belag bedeckt wird. Die Gingiven sind geschwollen, im Oberkiefer fehlen der linke Eckzahn und rechts ein kleiner Backenzahn, im Unterkiefer dagegen sind sämtliche Zähne bis auf den linken Eckzahn und die Molares fortgerissen worden. Die Zunge war der Länge nach in zwei Theile gerissen ihrer ganzen Dicke nach bis zum Mundboden. Die Heilung verlief recht befriedigend und wurde nur kurzdauernd unterbrochen durch die Bildung eines kleinen Abscesses an der hinteren Schlundwand, aus welchem Knochensplitter und ein Bleistückchen entfernt wurden. Nach c. 2 1/2 Monaten konnte Pat. als durchaus genesen entlassen werden.

M. G. Lasarew: «Ein Fall von Erythema nodosum, welcher eine Gehirnkrankheit simulirte». (Nr. 2).

Der Knabe, 4 Jahre alt, war ziemlich plötzlich erkrankt unter hoher Temperatur, über 40°, Delirien und Erbrechen. Als L. ihn zu Gesichte bekam war er somnolent, mit schwach

reagirenden Pupillen, unruhig, griff häufig an den Kopf, erbrach zweimal bei der Untersuchung. Auf beiden Unterschenkeln war typische Erythema nodosum Efflorescenzen von sehr geringer Zahl; auf dem rechten Unterschenkel nur drei, linkerseits dagegen fünf an Zahl.

Der Fall bietet nichts besonderes, und der plötzliche Beginn mit Symptomen der Hirnreizung ist ja beim Ausbruch acuter Krankheiten bei Kindern eine gewöhnliche Erscheinung, so dass ein Simuliren irgend eines Hirnleidens bei Vorhandensein von Erythema nod. Flecken durchaus nicht vorzuliegen schien, wie Verf. behauptet.

A. A. Kissel: «Ein Fall von tuberculöser Pericarditis bei einem 11-jährigen Knaben. Discision des Herzbeutels. Tod. Section. (Nr. 2).

Nachdem die Symptome von Atemnoth und Herzschwäche, mit welchen Pat. ins Krankenhaus eingeliefert war, an drohender Vehemenz zugenommen hatten, entleerte K. als die Diagnose einer Pericarditis sicher war, aus dem Herzbeutel zunächst mit dem Pravaz c. 25 ccm. Eiter. Am andern Tage wurde unter Chloroform der Herzbeutel eröffnet und ungefähr 400 ccm. bräunlichen Eiters, untermischt mit feinen Flocken entleert. Das Wohlbefinden besserte sich anfangs nach der Operation, verschlimmerte sich späterhin von Neuem und am 11. Tage nach der Operation erfolgte der Tod. Bei der Section fanden sich nirgends anderweitig caseöse Herde, während das Pericard recht stark durch tuberculöse Veränderungen geschädigt war.

M. Lapin: «Ein Fall von Darmblutungen bei einem 12-jährigen Knaben». (Nr. 2).

Bei dem von nervösen Eltern stammenden, sonst durchaus gesunden Knaben hatten sich zwei Monate vor Eintritt ins Hospital häufige Blutungen aus dem Darm eingestellt, die von starken Enteralgien begleitet waren. Periodisch traten in Intervallen von 2–4 Tagen bei vollem Wohlsein starke Schmerzen im Leibe auf, begleitet von heftigem Stuhldrang. Die darauffolgende aus flüssigen Faeces bestehende Defaecation förderte ausserdem circa 1 bis 2 Esslöffel dicken dunklen Blutes zu Tage. Die Therapie bestand da keinerlei organische Ursache für das Leiden entdeckt werden konnte, in Suggestion und Natr. brom. innerlich. Da der Erfolg ein eclatanter war, glaubt es Verf. hier mit einer hysterischen Blutung zu thun zu haben.

M. Lapin: «Ein Fall von Chorea paralytica mit schweren Hirnsymptomen». (Nr. 2).

Das 11-jährige Mädchen war unter heftigem Fieber, Schüttelfrost und Erbrechen erkrankt, bald stellten sich choreatische Bewegungen in den einzelnen Muskelgruppen ein, die an Vehemenz zunahmen. Am Anfange der Erkrankung war starke Unruhe vorhanden, auf der Höhe der Erkrankung Depression, und bildete sich Parese der Extremitäten der linken Seite aus. Allmählich schwanden alle Symptome und nach c. 7 Wochen trat völlige Besserung ein, bis auf ein systolisches Geräusch an der Mitralis und Herzvergrösserung nach links, welche Erscheinungen sich bereits frühzeitig eingestellt hatten.

Hecker.

Eshenedelnik 1900.

A. Naumann: «Zur Frage über die Erkrankung des Nervensystems auf gonnorrhoischer Basis». (Nr. 41).

Bei einem 23-jährigen Soldaten, der an Gonnorrhoea acuta, Blennorrhoea conjunctivae und Arthritis gonnorrhoica litt, entstand am 2. Tage seines Aufenthalts im Hospital eine Lähmung der linken, und darauf am nächsten Tage eine Lähmung der rechten unteren Extremität. In Anbetracht dieser Affection, die mehr weniger en masse und unsymetrisch auftrat, der Fiebersteigerungen und des acuten Beginns hätte man an eine Poliomyelitis anterior denken können, doch sprechen dagegen das Vorhandensein der Sehnenreflexe und die Schmerzhaftigkeit des nervus cruralis und nerv. saphenus major auf Druck. Die Diagnose einer multiplen Neuritis stützte sich auf die Druckempfindlichkeit der Nerven, auf die Localisation der Bewegungsstörung, welche im Allgemeinen entsprach links der Innervation des nerv. crural. und rechts dem nerv. perinaeus und schliesslich auf die Entwicklung dieser Affection während einer acuten Erkrankung. Was den Verlauf der Krankheit anbetrifft, so wurde Patient nach $1^1/_2$ Monaten geheilt entlassen.

Die Schlüsse, die Verf. aus seiner Beobachtung zieht, sind folgende:

Die Complicationen der Gonorrhoe mit Arthritis und Neuritis können ohne therapeutischen Eingriff verschwinden.

Die Complication der Gonorrhoe mit einer Erkrankung des Nervensystems steht wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem vorher erfolgten Befallensein der Gelenke.

A. Katschkatschew: «Ein Fall von stark ausgesprochener Idiosyncrasie für Arsen».

Ein Student, der an Malaria litt, nahm nach einer Mahlzeit 2 Tropfen Solut-Fowleri. Nach 3 Stunden stellten sich Symptome einer acuten Arsenvergiftung ein. Am nächsten Tage hatte der Patient die Unvorsichtigkeit 3 Tropfen derselben Lösung einzunehmen, worauf die Intoxicationserscheinungen so stark auftraten, dass Verf. sich gezwungen sah, ihm ein Antidot einzugeben, wobei Ferr. oxyd. hydric. in aqua halbstündlich genommen die Erscheinungen zum Schwinden brachte.

L. Puchowsky: «Ein Fall von Idiosynkrasie für Arsen».

Durch den, einige Tage andauernden Gebrauch von Solut Fowleri, wobei der 23-jährige Patient 3 mal 6 Tropfen täglich einnahm, stellten sich alle Symptome einer Arsenvergiftung ein, die schliesslich zu einem vollständigen Collaps führten. Durch Ausschliessen aller anderen Möglichkeiten konnte nur eine Arsenintoxication angenommen werden, die durch Aufhören der Erscheinungen nach Fortlassung des Arsens auch bestätigt wurde.

M. Zitrin: «Ueber die Aetiologie der Hemeralopie und ihre Behandlung mit Leber». (Nr. 42).

Die Ergebnisse von 58 Beobachtungen des Verf. weichen im wesentlichen nicht von denen der anderen Autoren ab. Jeder von Z.s Kranken erhielt gewöhnlich $^1/_4$–$^1/_2$ Pf. gut gekochter Ochsenleber zu essen, und musste ausserdem noch 10 Minuten den Kopf in dem aus der Flüssigkeit ausströmenden Dampfe, in welcher die Leber gekocht war, halten, damit der Dampf direkt in die Augen kam. Recidive heilten bei dieser Behandlungsweise schnell, hartnäckige Fälle erforderten eine erneute Cur; nur in einem Falle, bei einem blutarmen Subjecte, das mehrfach an Fiebern gelitten hatte, blieb die nochmals angewandte Behandlung mit Leber ohne Folgen. Ebenso prompt wirkt auch Leberthran.

E. Kitai: «Zur Neisserschen differenzialdiagnostischen Färbung der Diphtheriebacilien». (Nr. 43).

Nach den Beobachtungen K.'s, welche er auf der bacteriologischen Station in Odessa angestellt hat, erhält man die characteristische Färbung ausser mit dem Neisserschen essigsauren Methylenblau ebenfalls mit einer wässrig spirituösen Lösung von Methylenblau, welche gebraucht wird z. B. als ergänzende Färbung der Tuberkelbacillen. Das Präparat färbt sich in dieser Lösung in einigen Secunden, wird in Wasser ausgewaschen. und darauf nach Neisser in eine Lösung von Vesuvin übertragen. In dieser Vesuvinlösung geht die blaue Farbe des Präparats zuerst ins Grüne, dann ins Braune über. Das unter dem Mikroscop betrachtete Präparat giebt dasselbe Bild, wie bei der Färbung nach Neisser. Das Resultat ändert sich nicht, auch wenn das Präparat in der Vesuvinlösung 10 Minuten oder noch länger liegt.

J. Gerbsmann: «Ein Fall von Alopecia areata universalis (maligna)».

Es handelt sich um einen 38-jährigen jüdischen Landarbeiter, der im Verlauf von 10 Monaten alles Haar auf dem ganzen Körper verlor. Anamnestisch war nichts festzustellen, an Syphilis oder Nervenkrankheiten hatte Patient nicht gelitten.

M. Orbant: «Ueber die Ursachen der Eclampsie». (Nr. 44).

Die Arbeit bringt nichts Neues.

A. Lifschütz: «Ein Fall von angeborenem Fehlen des Afters».

Bei einem Kinde wurde am 4. Tage nach der Geburt das Fehlen des Afters constatirt. An der Stelle desselben befand sich eine Vertiefung. An Anomalien war noch zu finden, dass der Daumen und Zeigefinger beiderseits und die 2 und 3. Zehe verwachsen waren.

N. Michailow: «Multiple Stenose des Dickdarms in Folge von Peritonitis carcinomatosa». (Nr. 45).

E. Lustwerk: «Placenta mit Adnexen».

L. beschreibt einen Fall, in dem nach einer schweren Geburt (Querlage und Decapitation), nach einer Stunde die Placenta geboren wurde, wobei mit derselben auch die Adnexe zum Vorschein kamen, welche mit den Eihäuten verbunden waren. Die Länge derselben betrug 15 Cent. Die Breite 11 C.

J. Benderski: «Ueber des nervöse Erbrechen und die Behandlung desselben». (Nr. 46).

Gestützt auf seine Erfahrungen räth B. beim nervösen Erbrechen Magenausspülungen zu machen. In den angeführten Fällen hat er bis 30 Male den Magen ausgespült, und schliesslich vollständiges Aufhören des Erbrechens erzielt.

J. Dotschewsky: «Zur Lehre von der Thomsenschen Krankheit». (Nr. 47).

D. legt Gewicht auf die auffallend grossen Lymphräume zwischen den einzelnen Muskelfibrillen. Die Entwicklung solcher Lymphspalten bringt auf den Gedanken, dass die Cirkulation der Säfte in den erkrankten Muskeln, wie auch die Ernährung anders von Statten geht als in normalen. Bei den am meisten veränderten Fibrillen befinden sich gewöhnlich 1—3 Kapillarzweiglein, welche auf gewisse Beziehungen zwischen Gefässen und Veränderungen in den Fibrillen schliessen lassen. Verf. kommt zum Schluss, dass das Wesen der angeborenen Myotonie in der falschen Entwicklung des die Muskeln ernährenden Apparates zu suchen sei.

M. Breitmann: «Ueber die syphilitische Hemisystolie und Bradycardie».

B. Lewenson: «Zur Casuistik der Arzeneierkrankungen des Auges».

Ein 34-jähriger Ingenieur trank einen Infus von 2 Drachmen Farrenkraut. Es trat Uebelkeit und Erbrechen, und darauf Besinnungslosigkeit ein, welche 24 Stunden anhielt. Nach dem Aufwachen absolute Blindheit auf beiden Augen, welche nach 2 Tagen auf dem rechten Auge einem genügenden Sehen gewichen war; das linke Auge war noch absolut blind. Ophtalmoscopisch war bis auf Anaemie, kaum was pathologisches zu finden.

Der 2. Fall betrifft einen 70-jährigen Mann, der nach 5-tägigem Gebrauch einer 30% Chrysarobin-Lanolinsalbe 2 kleine Geschwüre auf der Hornhaut bekommen hatte. Nach Fortlassen der Salbe und Gebrauch von Atropin und warmen Compressen heilten dieselben schnell.

P. Mikusson: «Zur Indication der Brechmittel bei Krup». (Nr. 49).

M. empfiehlt nach der Injection von Serum noch Brechmittel anzuwenden, und zwar nach 12—24 Stunden, d. h. einer Zeit, welche nothwendig ist um die Wirkung des Serums eintreten zu lassen. Sobald diese Zeit verstrichen war, und die Temperatur und die Untersuchung des Gaumens den Einfluss des Serums erkennen liess, ordinirte er ein Brechmittel, — gewöhnlich die Brechwurzel — wenn auch der Zustand des Kindes — was die Asphyxie anbetrifft, ein bedrohlicher war. 15 von ihm in dieser Art behandelte Fälle verliefen alle glücklich, ohne dass es nöthig gewesen wäre zur Tracheotomie zu schreiten.

M Stern: «Ueber Appendicitis». Ein Fall von retrocoecalem Abscess mit Eröffnung in den Blinddarm.

D. Radkewitsch: «Zur Frage über den Kartoffelsaft, als einen Nährboden für Tuberkelbacillenculturen». (Nr. 50).

R. wendet sich gegen Puschtschiry, indem er behauptet, dass der von Letzterem empfohlene Kartoffelsaft zur Züchtung von Tuberkelbacillen untauglich ist für Culturen, die man direkt aus dem Sputum erhalten will. Trotz der vorsichtigen Vorbereitung des Nährbodens konnte er selbst nach 15 Tagen bei der Färbung des Präparats nach Ziehl-Neelsen keine Bacillen finden.

M. Cheifez: «Eine Geburt bei engem Becken, complicirt mit einem Haematom der äusseren Geschlechtstheile».

Bei einer Bäuerin, die zum 13. Male niederkam, bildet sich während der Austreibungsperiode in der linken Labie eine dunkelblaue Geschwulst, die schliesslich die Grösse eines Apfels erreichte, und welche auf den Damm übergiug und sich um den After verbreitete Die grosse Labie hatte einen 7—8 Cent. langen, tiefen Einriss, nicht weit von der Falte, welche den Rand der kleinen Labie bildet, welche letztere in die Geschwulst überging. Aus dem Einriss sickerte Blut. Das abgestorbene Kind wurde perforirt. Die Wunde der Labie wurde gründlich ausgewaschen, Jodoform eingepulvert und mit Marly tamponirt. Nach 1½ Monaten war die Wunde vollständig geheilt.

P. Loschtschilow: «Zur Frage über die Behandlung der Verbrennungen mit Picrinsäure». (Nr. 51).

Auf Grund einer 4-jährigen Erfahrung zieht L. folgende Schlüsse: Eine Lösung von Picrinsäure (1—5 : 100) kann 1) keine Vergiftungserscheinungen hervorrufen, 2) vertreibt sie schnell den Schmerz, 3) befördert sie die Verheilung, 4) gewährt sie verschiedene Vortheile und Bequemlichkeiten, der Verband wird billiger, beim Wechseln desselben werden weniger Schmerzen hervorgerufen und 5) muss bei der Behandlung mehr oder weniger ausgebreiteter Verbrennung der Kranke beobachtet und der Urin untersucht werden.

J. Rosenthal: «Ueber die Wirkung des Sidonals bei chron. Podagra».

R. empfiehlt des Sidonal als Mittel, welches bei Podagra günstig wirkt, die Qualen erleichtert, und eventuell die Krankheit ganz heilt, Tagesdosis 2,5, zweimal genommen, gelöst in einem Glase kalten Wassers.

B. Libow: «Die gegenwärtigen Ansichten über die Behandlung der Frauenkrankheiten mit Thierorganen». (Nr. 52).

Fr. Mühlen.

Medizinskija Pribawlenija k morskomu sborniku. Mai—Juni 1901.

Poljenow: «Die Sympathektomie. Ihr Einfluss auf die experimentelle Epilepsie bei Thieren».

Eine ausführliche, experimentelle Arbeit mit einer grossen Anzahl gut angestellter Versuche an Meerschweinchen, Kaninchen und Hunden.

Die Resultate fasst Verf. in ff. Schlusssätzen zusammen:

1) Am deutlichsten war der Operationseffect bei Meerschweinchen, die nach der Operation sowohl die letale als die überletale Dosis vertragen.

2) Der Character der Anfälle wird bei Meerschweinchen und Kaninchen doch etwas verändert, sie sind nicht so heftig und andauernd. Bei Hunden war kein Einfluss zu bemerken.

3) Ob man nur die Halsganglien mit dem verbindenden Strangtheil oder auch die oberen Brustganglien entfernt, ist anscheinend gleichgiltig für den Erfolg der Operation.

4) Im Verlauf von 3 Monaten post operationem liess sich der Effect derselben noch nachweisen.

5) Zur Erzeugung künstlicher epileptoider Anfälle ist das Nicotin bei Thieren ein sehr geeignetes Mittel. Nebenerscheinungen wurden nicht beobachtet.

Dr. Korolenko: «Ueber Altersveränderungen des Herzens».

Auf Grund zahlreicher anatomischer Untersuchungen äussert sich Verf. folgendermassen zu dieser Frage:

Die von Dehio und seinen Schülern sogenannte Myofibrosis cordis senilis bildet ein häufiges Vorkommniss, wobei das Verschwinden der Muskelfasern primär und die Entwickelung des Bindegewebes secundär ist. Als Ursache dieser Veränderungen muss die Arteriosclerose angesehen werden, die zu ungenügender Ernährung und Dilatation der Muskeln führt.

Die wichtigen Einzelheiten der interessanten Arbeit müssen im Original nachgelesen werden.

Ponjatowsky: «Zur Hirnpathologie. Ueber Hirnveränderungen bei Herdsymptomen im Verlaufe der Carcinose».

Verf. hat an einer 72jährigen Frau, die an Mammacarcinom und metastatischem Carcinom des rechten Warzenfortsatzes am Schläfenbein litt, Untersuchungen der Hirnsubstanz nach der Marchi-Methode angestellt. Die nervösen Symptome intra vitam waren eine linksseitige Hemiplegie und Zuckungen in der l. Hand, dabei Kopfschmerz, Schwindel, Benommenheit. Ausser örtlichen vom Warzenfortsatz ausgehenden krebsigen Wucherungen fand sich eine umschriebene Verdickung der Meningen nebst Verwachsung mit der Rinde über dem Centrum der l. Extremitäten, die sich als krebsig erwies. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich die entsprechenden Veränderungen.

Petrow: «Ueber Altersveränderungen im Blut und de Einfluss der sommerlichen Jahreszeit auf seine Zusammensetzung».

1) Die atrophischen Vorgänge im Greisenalter erstrecken sich auch auf das Blut.

2) Haemoglobingehalt und specifisches Gewicht sind bedeutend herabgesetzt.

3) Der Parallelismus im Haemoglobingehalt und spec. Gewicht ist gestört.

4) Die Zahl der rothen Blutkörperchen sinkt nur unbedeutend, daher ähnelt das Blut, infolge mangelhaften Haemoglobingehalts, dem chlorotischen.

5) Die Zahl der weissen Blutkörperchen ist eher vergrössert als verringert.

6) Unter dem Einfluss des Sommers und der Sonne nimmt der Haemoglobingehalt bei Greisen und jüngeren Leuten zu, desgleichen das specifische Gewicht. Die Zahl der rothen Blutkörperchen ändert sich wenig, die weissen nehmen ab.

Janowsky: «2 Fälle tödtlicher Verletzungen».

Casuistische Mittheilung eines Falles von traumatischer Blasenruptur und einer Pfählung mit Verletzung der Brust- und Baucheingeweide.

Voss.

Obosrenje psichiatrii, nevrologii etc. (Psychiatrische, neurologische etc. Rundschau). Herausgegeben von Prof. W. M. Bechterew. (April—Mai—Juni 1901).

Pussep: «Die Lichttherapie in Paris, Hamburg und Berlin.

Verf. schildert ziemlich ausführlich die betr. Heilverfahren mit den dazu erforderlichen Apparaten und kommt zu ff. Schlüssen: Im Auslande wird Licht- und Wärmebehandlung meist gleichzeitig gebraucht, man sollte diese Methode als Lichtwärmetherapie von der eigentlichen Lichttherapie unterscheiden. Die letztere Behandlungsweise wird fast ausschliesslich (!?) der Ref.) von Prof. Finsen geübt. Endlich stehen die hiesigen Anstalten den ausländischen Lichtheilanstalten zwar an Comfort und Ausstattung nach, übertreffen dieselben aber im Hinblick auf wissenschaftliche Verarbeitung und sorgfältige Handhabung.

Bechterew: «Ueber rhytmische Krämpfe und automatische Bewegungen Hysterischer».

Verf. macht in einem kurzgehaltenen geistreichen Essay auf die Wichtigkeit richtiger Auffassung der obengeschilderten Krankheitsformen aufmerksam, häufig sollen gleichzeitig die übrigen Stigmata der Neurose nur wenig ausgeprägt sein. Die Prognose ist anscheinend günstig, besonders angezeigt erscheint die hypnotische Behandlung.

Schaikewicz: «Ueber nervöse und psychische Erkrankungen in dem frühen (secundären) Stadium der Syphilis».

Enthält die recht ausführliche Schilderung zweier psychischer Krankheitsfälle, die in das secundäre Stadium der Infection fielen. Einleitend bemerkt Verf., es sei allgemein angenommen, dass nervöse Störungen meist im tertiären Stadium auftreten. Dem muss entschieden widersprochen werden; schon 1896 konnte Oppenheim auf die Erfahrungen der meisten Autoren fussend aussprechen, dass etwa 1/4 aller Erkrankungen im ersten Jahre, die Hälfte im Laufe der 3 ersten Jahre post infectionem auftreten, dass demgemäss weitaus die Mehrzahl aller luetischen Nenerkrankungen in die secundäre Periode fällt.

Die geschilderten 2 Fälle sind eine Manie und eine katatonieähnliche Psychose. Die Berechtigung sie als syphilitisch zu betrachten schöpft V. aus ihrem Zusammenfallen mit secundär luetischen Eruptionen und aus dem Erfolg der Hg-therapie; beide Patienten sind völlig geheilt worden. Uns scheint diese Beweisführung doch nicht völlig einwandsfrei, erstens existirt zunächst wenigstens noch keine syphilitische Psychose sui generis (ausser der metasyphilitischen progressiven Paralyse), auch Verf. hat keine einheitliche Form der Erkrankung beobachten können, zweitens aber liegt es wohl viel näher anzunehmen, dass wir in der durch die Lues gesetzten Dyskrasie den agent provocateur schlummernder Krankheitskeime zu sehen haben. Letztere Ansicht scheinen sowohl Kraepelin als Krafft-Ebing in ihren Lehrbüchern anlässlich solcher Fälle zu vertreten. Für die syphilitischen Psychosen bemerkt Kraepelin ausdrücklich, dass sie sich nur schwer von der progr. Paralyse abgrenzen lassen und durch specifische Behandlung eher verschlechtert als gebessert werden. Die ziemlich unumstösslich klingenden Schlusssätze des Verf. kann demnach Ref. nicht unterschreiben und in dem gleichzeitigen Bestehen der Syphilis und einer Psychose noch keinen Beweis für die specifische Natur derselben erblicken.

Bechterew: «Ueber Dysphagia psychica».

Im Anschluss an die von Rossolimo beschriebene Dysphagia amyotactica berichtet B. über ähnliche Fälle, in denen die Schluckstörung keine organische Grundlage hatte, sondern meist bei hereditär belasteten Individuen als eine Art von Zwangsvorstellung bestand, mitunter selbstständig, mitunter im Gefolge allgemein nervöser Zustände. Die Prognose ist verschieden, hypnotische Suggestion, locale Faradisation und Brombehandlung führen meist zu günstigem Ausgang.

Rudnew: «Rhytmische Krämpfe der Mundmusculatur bei einer Hysterischen.

Casuistische Mittheilung.

Ossipow und Borischpolsky: «Ueber die Erregbarkeit der motorischen Hirncentren nach dem epileptischen Anfall».

Auf Grund zahlreicher und ausführlich geschilderter Versuche kamen die Verf. zu ff. Resultaten:

1) In der grossen Mehrzahl aller Fälle ist die Erregbarkeit nach dem Anfall gesteigert.

2) Die Steigerung ist sofort post insultum noch nicht ad maximum vorhanden, sie wächst noch im Laufe der nächsten 15—75 Minuten. Sodann nimmt sie im Laufe der folgenden 15-210 Minuten ab.

3) Die Abnahme der Erregbarkeit erfolgt meist langsamer als die Steigerung.

4) Nach einem zweiten Anfall nimmt die Erregbarkeit ab.

5) Mitunter steigt die Erregbarkeit nach dieser Abnahme an, um dann allmählich zu fallen.

6) Die Erregbarkeitssteigerung kann nicht auf erhöhter Erregbarkeit der peripheren Nerven beruhen.

Voss.

Russkij Archiw koshnych i wenericzeskych bolesnei (Journal russe des maladies cutanées et vénériennes). Nr. 2. Februar 1901.

Rybalkin: «Gangraena cutis hysterica».

Bei organischen Hirn- und Nervenleiden werden die verschiedensten Hautkrankheiten und Veränderungen, von einfacher Hyperaemie bis Gangrän, beobachtet. Desgleichen auch bei functionellen Störungen, besonders Hysterie, bei der schon früher von Gilles de la Tourette das Bild der «Diathèse vaso-motrice», characterisirt durch verschiedene Abnormitäten, angefangen von Dermographie bis zur Bildung bullöser und gangränöser Dermatitis-Herde—festgestellt ist. Aehnliche Fälle wie der des Verf. sind von Bayet, Kaposi, Joseph und Thomer beschrieben.

Der Fall ist in Kürze folgender: 17-jähriger Silberarbeiter verbrannte sich die Haut des linken Unterarms mit Schwefelsäure. 3 Wochen später, als die Vernarbung in vollem Gange ist, trat auf der Beugefläche des linken Unterarms im unteren Drittel ohne Veranlassung eine deutlich begrenzte Gangrän der Haut auf, unter anfänglichem leichtem Brennen. Nach 1 weiteren Woche neue gangraenöse Herde, ebenfalls am linken Unterarm und nach 10 Tagen noch einer, die beiden letzten Schübe ohne Schmerzen. Bei genauer Prüfung des Nervensystems wurde Hypaesthesie der ganzen linken Körperhälfte, eine vollkommene gürtelförmige anaesthetische Zone am Rumpf und Anaesthesie am linken Unterarm constatirt. Rechtseitige Ovaralgie. Anaesthesie der Skleren und Schleimhäute des Nasenrachengebietes. Keine Gesichtsfeldeinengung. Die Heilung erfolgte in 3--4 Wochen unter Bildung oberflächlicher Narben.

In dem Umstande, dass längere Zeit nach dem Trauma verging, bevor es zu den beschriebenen Hautveränderungen kam, glaubt R. einige Hinweise auf die Erklärung der Pathogenese

des Processes zu finden. «Man muss annehmen, dass von Seiten der traumatisch gereizten sensiblen Hautnerven sowohl eine gewisse Summe von Reizen, sowie auch einige Zeitdauer nöthig war, ehe es zu einer functionellen Erkrankung der Intervertebralganglien oder des Rückenmarks, entweder unmittelbar oder auf vasomotorischem Wege, oder endlich zu einer functionellen Störung des Hirns auf hysterischer Basis, kam. Der Umstand, dass die Gangrän beim Pat. sich im Gebiet eines complet anaesthetischen Segmentes entwickelte, spricht mehr für die Betheiligung trophischer Störungen im Rückenmark». Bezüglich des zeitlichen Abhängigkeitsveshältnisses zwischen Hysterie und Gangrän im vorliegenden Fall, neigt R. zur Ansicht, dass es sich hier um eine traumatische Hysterie mit secundärer Gangrän handelt.

Moskalew: «Ein Fall von phagedänischem Ekthyma, welches eine gangraenöse Form des syphilitischen Primäraffectes vortäuschte».

Mittheilung einer Krankengeschichte. Das Ulcus sass an der Spitze der Glans und verhielt sich anfangs gegenüber einer specifischen Behandlung durchaus refractär. Erst als daneben eine auf allgemeine Kräftigung hinzielende Behandlung angestrebt wurde, heilte das Geschwür unter Bildung einer anfangs pigmentirten Narbe aus.

Goljachowsky: «Die Resultate der Ueberimpfung der Syphilis auf Ferkel».

Verf. unternahm eine Wiederholung der Hügel — Holzhauserschen Versuche. Einem 2-monatlichen Berkshire-Ferkel wurden 4 Ccm. Blut aus der Vene eines unbehandelten Syphilitikers im condylomatösen Stadium, der noch unbehandelt war und bei dem kein Verdacht auf Tuberculose vorlag unter die Bauchhaut eingespritzt und ihm eine in physiologischer Lösung verriebene Papel eines anderen Syphilitikers unter die Haut gebracht. Nach 14 Tagen Schwellung der Lymphdrüsen des Halses und der Leistenbeugen. Im Uebrigen blieb das Thier ganz gesund und wurde nach 4 Monaten getödtet. Ein anderes Berkshireferkel wurde in derselben Weise mit demselben Erfolge und bei gleichem Verlauf geimpft.

Bei der Section der Ferkel fand man Schwellung sämmtlicher Lymphdrüsen; auf der Schnittfläche derselben Grenzen zwischen Rinden- und Markschicht verwaschen. Die Schnittflächen grauweiss, zeigen Andeutungen älterer Haemorrhagieen. Leber vergrössert mit gespannter Kapsel. Colorit gelblich. Milz vergrössert, mit gespannter Kapsel; Reste alter Blutungen. Ausser diesen genannten, bei beiden Versuchsthieren erhobenen Veränderungen, fand man bei einem von ihnen ein Infiltrat der Magenmucosa. Die bakteriologische Untersuchung der Organe beider Ferkel ergab negatives Resultat. Mikroskopisch fand man an den Lymphdrüsen nur Gewebshyperplasie mit Uebergang in Bindegewebsbildung.

Verf. bedauert, dass in den Hügel-Holzhauser'schen Versuchen keine Angaben über die Raçe der verwendeten Ferkel vorliegen, und weist in Analogie mit der Tatsache der Immunität der Achtyr-Schafe gegen Milzbrand auch auf die Möglichkeit einer Immunität gewisser Schweineraçen gegenüber Syphilis hin. Des Weiteren betont G., dass man bei Impfversuchen an Thieren nicht immer erwarten müsse eine genaue Wiederholung des von der menschlichen Pathologie gewohnten anatomischen Bildes zu finden; fürs Erste müsse man sich begnügen die nach Impfungen erhobenen Befunde ohne weitere Schlussfolgerung zu registriren. Ferner seien bei allen bisherigen Versuchen noch lange nicht alle Mittel angewandt um die natürliche Immunität der Thiere herabzusetzen; in Zukunft müsse man darauf Bedacht nehmen durch Anwendung von Maassnahmen, wie sie z. B. bei den Arbeiten über Milzbrandinfection bei sonst dagegen immunen Thieren vorgenommen wurden, den Gang des Experimentes zu beeinflussen.

Poltawzew: «Veränderungen der Schilddrüse bei Syphilitikern im Verlaufe der zweiten Incubation und der Periode der Ausschläge». (Schluss).

Auf Grund der 34 kurz mitgetheilten Krankengeschichten kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Die Schilddrüse nimmt Theil an der syphilitischen Erkrankung

2) und reagirt auf dieselbe mit Vergrösserung.

3) Zeitweilige Vergrössung der Thyreoidea in der Periode des frühen condylomatösen Stadiums kann nicht zu den leichten Erkrankungen gerechnet werden. Sie kann unter gewissen Bedingungen zu schweren und hartnäckigen Veränderungen des Organs den Anlass geben.

4) Syphilitischer Kropf, d. h. deutliche Vergrösserung der Thyreoidea bei Frühsyphilitikern kommt nur ausnahmsweise vor.

Smirjagin: «Blutveränderungen bei Syphilitikern in der Spätperiode». (Schluss).

Die Blutentnahme zwecks Untersuchung fand stets 1 Stunde vor dem Mittagessen statt—die Präparate wurden nach Fixirung mit Eosin—Methylenblau und Ehrlich's Neutralgemisch gefärbt. Ausser einer allen Pat. gleichmässig zu Theil werdenden specifischen Behandlung, kamen bei einer Reihe von ihnen auch Schwefelbäder zur Verwendung. Der Arbeit des Verfassers liegen 5 Fäller hereditärer Lues, und 30 von gummöser resp. latenter Syphilis zu Grunde. Er gelangt zu folgenden Schlüssen:

1) Die Menge der Erythrocyten ist normal oder wenig vermindert.

2) Während einer specifischen Behandlung beobachtet man ein Ansteigen der Erythrocytenzahl, die nach Beendigung der Behandlung am grössten ist.

3) Die Zahl der Leukocyten ist vor Beginn der Behandlung normal oder erhöht (hereditäre L.) und fällt im Verlaufe derselben um bei Abschluss der Behandlung ihr Minimum zu erreichen.

4) Die Haemoglobinmenge ist vor Beginn der Behandlung unter der Norm, nimmt während derselben zu und erreicht am Schluss der Behandlung ihr Maximum.

5) Die Menge der überreifen Leukocytenformen ist vor Beginn der Behandlung vermindert, nach Schluss derselben höher; genau umgekehrt ist das Verhalten der jungen Leukocyten.

6) Im gummösen Stadium ist die Menge der reifen Leukocyten vermehrt, im latenten Stadium unbestimmt; nach Behandlung lassen sich über diesen Punkt keine Angaben machen.

7) Eosinophile Zellen wurden in normaler Menge gefunden.

8) Poikilocytose fand sich in allen Fällen in verschiedenem Maasse, und wurde durch die Behandlung abgeschwächt.

9) In allen Fällen fanden sich Erythrocyten mit hellen Herden. Spec. Behandlung brachte eine deutliche Verminderung der Zahl dieser Erythrocyten zu Wege.

Selenew: «Ueber Tripperfieber».

Mit beifolgender Arbeit eröffnet Verf. einen Cyclus von Mittheilungen, die den Tripper als allgemeine Infectionskrankheit zum Gegenstande haben sollen. Nach kurzer Mittheilung der Krankengeschichten von 16 Patienten kommt er zu dem Resultat, dass das «Tripperfieber» zu den Symptomen der Krankheit gehört, entweder mit den ersten Localsymptomen gleichzeitig auftreten und längere Zeit bestehen kann, ohne irgend welche anderen Symptome im Gefolge zu haben. Manchmal können sich gleichzeitig auch Allgemeinerscheinungen bemerkbar machen, die sogar Typhus vortäuschen können. Bisweilen tritt Milztumor auf, am häufigsten jedoch neuralgische Schmerzen und vasomotorische Störungen. Gonococcengehalt und Quantität der Secretion werden vom Tripperfieber nicht beeinflusst; eher pflegt letztere zuzunehmen. In Paranthese bemerkt S., dass nach seinen Erfahrungen auch andere infectiöse Krankheiten, Pneumonie Influenza, Malaria, nicht secretionshemmend einwirken. Bisweilen, aber durchaus nicht immer, entspricht das Tripperfieber der Intensität des localen Processes. Verf. unterscheidet 4 Typen des Tripperfiebers: kurzdauernd (einige Stunden bis Tage), continua (bis mehrere Wochen andauernd) mit leichten morgendlichen Remissionen, remittirend und intermittirend.

Für das Zustandekommen des Fiebers werden Toxine verantwortlich gemacht.

Lanz: «Ueber den augenblicklichen Stand der Therapie des acuten Trippers beim Manne». (Schluss).

Nur Literaturangaben.

Wichert.

Дозв. ценз., С пб., 11 Августа 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 9. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1901.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Archiw psichiatrii, neirologii i ssudebnoj psichopatologii (Archiv für Psychiatrie, Neurologie u. gerichtl. Psychopathologie).
Bolnitschnaja gaseta Botkina (Botkin's Hospitalzeitung).
Chirurgia (Chirurgie).
Djetskaja Medizina (Pädiatrische Medicin).
Jeshenedjelnik (Wochenblatt).
Ljetopijss russkoi chirurgii (Annalen der russisch. Chirurgie).
Medizina (Medicin).
Medizinskoje obosrenje (Medicinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Russkij Archiw Patologii, klinitscheskoi Mediziny i Bacteriologii (Russ. Archiv für Pathologie, klin. Medicin u. Bacteriologie).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Westnik klinitscheskoj i ssudebnoi psichiatrii i neiropatologii (Zeitschrift für klinische und gerichtliche Psychiatrie und Neuropathologie).
Westnik obschtschestwennoj gigieny, ssudebnoj i praktitscheskoj mediziny (Zeitschrift für öffentliche Hygiene, gerichtliche und praktische Medicin).
Wojenno-medizinskij shurnal (Militär-medicinisches Journal).
Wratsch (Der Arzt).

Bolnitschnaja gaseta Botkina. Nr. 10—30. 1901.

P. Rosanow: «Die Pest am Ende des XIX. Jahrhunderts, ihre Vergangenheit, Gegenwart und nächste Zukunft vom Standpunkte der Meteorologie». (Nr. 10).

15 Thesen, in den Verf. sich bemüht zu beweisen, dass zwischen der Verbreitung der Pest und der Windrichtung ein ursächlicher Zusammenhang besteht.

W. Nemtschenkow: «Behandlung der Mittelohrentzündung und ihrer Complicationen». (Nr. 10 u. 11).

In den Fällen, in den die gewöhnliche Behandlung entsagt, wenn die Otorrhoee von tiefgreifenden Veränderungen im Ohre abhängt, macht Verf. tiefe Injectionen einer 5 pCt.-igen Phenollösung in den knöchernen Gehörgang. Die Ohrmuschel wird dabei nach vorn gezogen, die Nadel am oberen Rande der dabei entstehenden Falte der m. m. retrahentes am unteren Ende der Fissura mastoideosquamosa eingestochen und an der hinteren oberen Wand des knorpligen Gehörganges möglichst tief in den knöchernen eingeführt, um dem Mittelohre möglichst nahe zu kommen. Erwachsenen wird eine ganze Pravatz'sche Spritze, Kindern, entsprechend ihrem Alter, weniger eingespritzt. Nach den Einspritzungen tritt eine ausgesprochene Abnahme aller Entzündungserscheinungen ein: die Schmerzen lassen nach, die Eiterung nimmt ab, um nach 12 Tagen vollkommen aufzuhören. Wenn nach diesem Zeitraume der Ohrenfluss noch besteht, so wird eine 2. Injection gemacht. Mehr als 3 Injectionen brauchte Verf. nie zu machen. Nach dieser Methode behandelte Verf. mit gutem Erfolge 36 Fälle: 9 acute und 27 chronische. —

A. Balow: «Die russischen Kirchhöfe vom hygienischen Standpunkte». (Nr. 10).

D. Kurajew: «Ueber die coagulirende Wirkung des Papayotins auf Peptonlösungen». (Nr. 11).

B. Cholzow: «Ueber die Behandlung der Harnröhrenstricturen mit Electrolyse». (Nr. 11—14). (Schluss).

A. Rubel: «Die Tuberkulose und die Versorgung der Schwindsüchtigen in St. Petersburg». (Nr. 12 u. 15).

G. Epifanow: «Ein Fall tödtlicher Blutung aus der Art. Carotis communis sinistra infolge Zerstörung derselben durch ein carcinomatöses Oesophagusgeschwür». (Nr. 12).

G. Nikolajew: «Ueber die acute aufsteigende Paralyse Landry's». (Nr. 12).

I. Tikanadse: «Zur Frage der Sprachstörungen bei Intermittens». (Nr. 13 u. 14).

Auf Grund 3 genau beobachteter Fälle kommt Verf. zu folgenden Schlüssen:

1) Die Sprachstörungen bei Intermittenz kommen vorzugsweise in Form der ataktischen Aphasie vor.

2) Eine einfache Erschwerung der Sprache und Stottern kommen bei der Malaria zwar vor, aber verhältnissmässig selten.

3) Die Sprachstörungen kommen meist bei den bösartigen Formen der Malaria vor; sie treten entweder gleichzeitig mit Fieberparoxysmus auf, oder im Akmestadium der Krankheit, oder nach dem Aufhören des Fiebers.

4) Die Aphasie wird bei der Malaria häufiger bei Männern, als bei Frauen beobachtet.

5) Sie ist recht oft von Paralysen begleitet.

6) Die Aphasie hat bei Malaria meistens einen temporären Character, einen verhältnissmässigen kurzen Verlauf und quoad sanationem eine günstige Prognose. —

P. Rosanow: «Neue Beweise zu Gunsten der Theorie der Verbreitung der Pest durch natürliche Factoren». (Nr. 13 u. 14).

B. Rutschinski und F. Tschistowitsch: «Ein Fall von Combination eines peptischen Duodenalgeschwürs mit einem primären Krebs der Cauda pancreatis». (Nr. 13 u. 14).

G. Kulesch: «Zur pathologischen Anatomie der intracardialen Nervenganglien». (Nr. 15, 16 u. 17).

M. Saussailow: «Ueber die Veränderungen der sterilisirten Milch, welche von den Aufbewahrungsmethoden desselben abhängen». (Nr. 16, 17 u. 18).

Die Versuche des Verf. zeigten, dass die sterilisirte Milch bei vollkommenem Fehlen in ihr mycotischer Processe sich verändern kann. Diese Veränderungen betreffen, wie es scheint, das Fett und die Eiweisse der Milch und verleihen derselben auch für gesunde Menschen schädliche Eigenschaften. Hervorgerufen werden dieselben durch die Einwirkungen auf die sterilisirte Milch des Lichtes, der Luft und Temperatur. Bei Aufbewahrung der vollständig luftfreien Milch ohne Licht zutritt und in der Kälte kann dieselbe unbeschränkt lange Zeit unverändert bleiben und bekommt keine für den menschlichen Organismus schädliche Eigenschaften. Verf. beschreibt darauf den von ihm construirten Apparat zur Sterilisation der Milch und weist dabei auf einige practische Seiten der künstlichen Ernährung der Brustkinder mit sterilisirter Milch hin, die von grösster Wichtigkeit sind.

1) Zur Sterilisation muss nur eben gemolkene Milch verwendet werden, was besonders in den heissen Sommermonaten wichtig ist, wo die mycotischen und chemischen Processe die Milch sehr rasch und intensiv verändern.

2) Die sterilisirte Milch muss vollkommen luftfrei sein und in diesem Zustande bis zu ihrem Gebrauch aufbewahrt werden. Auch diese Bedingung muss besonders streng in den Sommermonaten erfüllt werden.

3) Die sterilisirte Milch muss unbedingt ohne Lichtzutritt aufbewahrt werden (in Kisten, Schränken u. s. w.), weil sie dabei auch bei Luftzutritt sich sehr langsam verändert.

4) Die sterilisirte Milch wird von den Kindern am besten vertragen, wenn sie zur Hälfte mit Wasser verdünnt ist und unter Zuckerzusatz bis zu 10—12 pCt.

5) Für Neugeborene und besonders schwache Brustkinder, die die sterilisirte, mit Wasser verdünnte Milch zu verdauen

nicht im Stande sind, muss das Wasser durch künstlichen Magensaft ersetzt werden, dessen Menge der Milchquantität gleich sein muss.

K. Georgijewski: «Ein Fall von polymyositis acuta». (Nr. 16).

G. Jastrebow: «Ein Fall acuter vollständiger Harnverhaltung, complicirt durch einen falschen Gang infolge falscher Katheterisation». (Nr. 17).

A. Sokolow: «Ueber den Einfluss der Säuren auf die Magensaftsecretion». (Nr. 18).

A. Manarytschew: «Ein Fall von Leberabscess». (Nr 18).

P. Eljaschewa: Die Wasserversorgung der Stadt Paris». (Nr. 18).

G. Kulesch: «Zur Casuistik der seltenen Complicationen des Abdominaltyphus». (Nr. 19).

Die Complication betraf die Magenschleimhaut, an der dieselben Veränderungen wie im Darm gefunden wurden.

E. Petnikow: «Zur Behandlung der Schleimhäute mit Finsen'schem Lichte». (Nr. 19).

Bei Erkrankungen der Schleimhäute der oberen Luftwege, besonders aber bei Anginen, gab die Behandlung recht günstige Resultate.

I. Lintwarew: «Ueber den Znstand des Eiweissferments im pancreatischen Safte unter verschiedenen physiologischen Bedingungen». (Nr. 19 u. 20).

A. Wigura: «Zur Frage der toxischen Erscheinnngen bei der Pest des Menschen» (Nr. 20 u. 21).

Da die Inoculation grosser Dosen der Lustig'schen und Galeotti'schen Substanzen bei Thieren Necrose der Haut an der Injectionsstelle hervorruft, so kam dem Verf. der Verdacht auf, dass die Necrose der Haut bei Pestkranken durch die Einwirkung der Pesttoxine hervorgerufen werden, was sich auch bestätigt hat.

E. Hanike: «Ueber die physiologischen Bedingungen der Zerstörung und Erhaltung der Fermente im pankreatischen Safte». (Nr. 20).

A. Arapow: «Ein Fall ossificirender Pleuritis». (Nr. 21).

N. Worobjew: «Ueber Aspirin bei acuten Gelenkrheumatismus». (Nr. 21).

Verf. hat das Aspirin in 30 Fällen acuten Gelenkrheumatismus, 4 Fällen seröser Pleuritis, in 1 Falle von Abdominaltyphus und in vielen Influenza- und Neuralgiefällen angewandt. Eingenommen wurde das Aspirin von den Patienten 3 Mal täglich zu 0,5 g., 2—3 Tage lang, worauf die Dosis bis auf 1,0 erhöht wurde. Die Schmerzen wurden immer durch das Mittel rasch gelindert, die Temperatur sehr rasch herabgesetzt, der Allgemeinzustand gebessert. Vor dem salicylsauren Natron hat das Aspirin den grossen Vorzug, dass es rasch wirkt; eine radicale Heilung wird aber durch das salicylsaure Natron sicherer erreicht, als durch das Aspirin.

B. Finkelstein: «Ueber die Zerreissungen und Verletzungen des Ductus thoracicus». (Nr. 21 u. 22).

W. Sawjalow: Milchartiges, nicht chylöses Exsudat». (Nr. 22).

Verf. hatte die Gelegenheit solch' ein Exsudat zu untersuchen und suchte hauptsächlish die Ursache des Opalescirens dieser Flüssigkeit zu bestimmen. Mit Essigsäure angesäuert giebt das Exsudat beim Kochen einen feinflockigen Niederschlag, der zu Boden sinkt; über ihm bleibt eine vollkommen klare Flüssigkeit stehen, welche eine schwache Biuretreaction giebt. Die Opalescenz hängt, wahrscheinlich, von diesem sich niederschlagenden Eiweisskörper ab, welcher, wie die weiteren Untersuchungen gezeigt haben, zu den mucoiden Substanzen gehört.

K. Iwanow: «Ueber die Eiweisssubstanzen und Hüllen der Bacterien und Pilze». (Nr. 22).

Verf. kommt zum Schluss, dass in der Bacterien- und Pilzzelle unzweifelhaft typische Nucleoproteide enthalten sind und dass die Zusammensetzung der Bacterienhüllen mit dem Chitin identisch ist.

R. Gundegger: «Ein Fall von Priapismus». (Nr. 22 u. 23).

W. Weljamowitsch: Zur Biologie des Blutes». (Nr 23 u. 24).

Verf. spricht sich entschieden gegen die verbreitete Ansicht aus, nach der die Veränderungen der Alkalescenz des Blutes im Leben des Organismus und seinem Kampfe gegen Erkrankungen eine wichtige Rolle spielen sollen. Das Blut behält unter allen Bedingungen seine normale chemische Zusammensetzung, auf die weder ein Ueberschuss noch ein Mangel der in den Magen eingeführten Salze einen Einfluss hat. Alle unsere Medicamente sind vollkommen machtlos die geringste Veränderung der chemischen Zusammensetzung des Blutes hervorzurufen, die nicht sofort wieder beseitigt würde. Vergiftungen des Blutes durch dem Organismus fremdartige Substanzen kommen zwar vor, die Einwirkung derselben erstreckt sich aber auf den ganzen Organismus, auf alle seine Gewebe, und nicht auf das Blut allein. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Eine Abnahme der Alkalescenz des Blutes bildet nie eine Krankheitsursache.

2) Die Abnahme der Alkalescenz des Blutes ist im Gegentheil eine directe Folge krankhafter Veränderungen in den Zellen des Organismus und hängt von den quantitativen und qualitativen Veränderungen der rothen Blutkörperchen ab.

3) Es liegt deshalb kein Grund vor, eine künstliche Steigerung der Alkalescenz des Blutes anzustreben, die ausserdem unmöglich ist.

4) Die empirisch bewiesene günstige Wirkung der Alkalien bei einigen Krankheiten beruht nicht auf einer Steigerung der Alcalescenz des Blutes.

W. Okunew: «Beiräge zur Biologie des Labfermentes». (Nr. 23 u. 24).

E. Flerina: «Ein Fall acuten Rotzes». (Nr. 23).

W. Nedrigailow: «Zur Frage der Biologie und Morphologie der alten Diphtherieculturen». (Nr. 24).

A. Schemjakin: «Zur Physiologie der Pars pylorica des Hundemagens». (Nr. 24 u 25).

F. Weber: «Zur Symptomatologie und Behandlung der Perforationsperitonitis bei rundem Magengeschwür». (Nr. 25).

K. Skrobanski: «Der Zusammenhang zwischen Diabetes melitus und insipidus einerseits und den weiblichen Geschlechtsorganen mit Schwangerschaft andererseits». (Nr. 25 u. 26). Verf. kam zu folgenden Schlüssen:

1) Diabetes insipidus kann zuweilen keinen wesentlichen Einfluss auf die weiblichen Geschlechtsorgane ausüben; die Kranke kann im Laufe dieser Krankheit schwangern, die Frucht austragen und gesunde Kinder gebären.

2) In den meisten Fällen hat die Schwangerschaft einen günstigen Einfluss auf den Diabetes, der nach der Geburt sich bessern oder sogar schwinden kann.

3) Sehr häufig aber bleibt der Diabetes auch nach der Geburt bestehen.

4) Gleich dem Diabetes melitus kann auch der Diabetes insipidus nur während der Schwangerschaft bestehen, um nach derselben spurlos zu schwinden.

W. Ssawitsch: «Die Secretionserreger des Darmferments». Vorläufige Mittheilung. (Nr. 26).

S. Lintwarew: «Ueber den Uebergang des Mageninhalts in den Darm». Vorläufige Mittheilung. (Nr. 26).

N. Kasanski: «Zwei typische pathologische Zustände der Pepsindrüsen». (Nr. 27).

G. Wlajew: «Ueber die Serumbehandlung der Krebskranken». (Nr. 27).

A. Belogolowy: «Zur Diätetik der Magenkrankheiten». (Nr. 28).

In einem Falle von Achylie des Magens, in dem Pat. keines von den üblichen diätetischen Mitteln vertrug und an vollständiger Appetitlosigkeit litt, ist es dem Verf. gelungen den Ernährungszustand des Pat. zu heben durch Verordnung von Fischspeisen in Form von Fischsuppe, gebratener Fische u. s. w. Die Fleischspeisen erregten selbstverständlich nicht die Magensecretion, verliessen aber rasch den Magen und kamen in das Gebiet der Darmverdauung.

W. Kaschkadamow: «Zur Frage der Uebertragung der Malaria durch Moskiten». (Nr. 28).

S. Simnizki: «Ueber die Arbeit der Magendrüsen bei Verhaltung der Galle im Organismus». (Nr. 29). Vorläufige Mittheilung.

Bei Versuchen an Hunden, bei den der Magen zuerst isolirt wurde, fand Verf., dass die Verhaltung der Galle im Organismus einen grossen Einfluss auf die Function der Magendrüsen ausübt, indem sie hypersecretorische Erscheinungen bei allen erprobten Nahrungsarten hervorruft. Die Secretion selbst dauert bei verschiedenen Speisearten, mit Ausnahme des Brodes, länger, als in der Norm; in einigen Fällen entwickeln sich ausgesprochene Magenstörungen, Uebelkeiten, Aufstossen, Erbrechen u. s. w.

E. Gise: «Zur Kasuistik der sog. Erstarrung der Wirbelsäule». (Nr. 29 u. 30).

L. Stukkej: «Ein Fall von Magensarcom». (Nr. 30).

A. Sacher.

Eshenedelnik 1901.

C. Generopitomzew: «Die Symptome der Einwirkung der hereditären Syphilis auf die zweite Generation». (Nr. 1.)

Auf Grund von interessanten Beobachtungen kommt G. zum Schluss, dass Syphilis auf die zweite und möglicher Weise auch auf die dritte Generation übertragen wird und zwar entweder in der Form rein syphilitischer Erkrankungen der Haut, der Schleimhäute und des Nervensystems, oder in der Form paralytischer Erscheinungen, miteingerechnet die verschiedenen Abweichungen von der Norm bis zu den Missgeburten. Ein reiches Material zu diesen Beobachtungen liefern die Notizen über die Familien, welche von den meisten Landärzten geführt werden.

P. Awramow: «Ein Fall von allgemeiner Wassersucht ohne Eiweiss im Urin nach Wechselfieber». (Nr. 1.)

Bei einem 13jährigen Knaben entwickelte sich plötzlich und verschwand ziemlich schnell wieder eine allgemeine Wassersucht, ohne dass im Urin Eiweiss zu finden gewesen wäre. Von dem ersten Auftreten des Oedems bis zum vollständigen Verschwinden desselben vergingen ungefähr 2 Wochen. Vor Beginn des Oedems beobachtete G. beim Kranken eine acut fieberhafte Krankheit, welche er für Wechselfieber hielt. Für letzteres sprachen die vergrösserte Milz, das Fehlen aller objectiven Veränderungen, welche für eine andere Infection gesprochen hätten, und schliesslich deutliche Fieberanfälle an 2 aufeinanderfolgenden Tagen.

A. Efimow: «Zur Frage über die Schussverletzungen der Lungen (Verwundung mit Schrot). (Nr. 2.)

W. Atlas: «Ein Fall von ausgetragener primärer peritonealer Gravidität». (Nr. 2.)

Eine 35jährige Bäuerin, welche 3 Mal geboren hatte und bis auf die letzten 3 Jahre, während welcher sich häufig wehenartige Schmerzen im Leibe eingestellt hatten, stets gesund gewesen war, hatte die letzte Regel Ende November 1899 gehabt. Mitte März 1900 begannen starke Schmerzen im Leibe, die schliesslich ganz unerträglich wurden, so dass Patientin zusehends verfiel. Allmählich liessen die Schmerzen nach, doch fühlte sich dieselbe stets sehr schlecht und bekam Fieber und Athemnoth. Ende Juli wandte sich die Kranke an A., welcher auf Grund der Anamnese und des objectiven Befundes die Diagnose stellte: Ende der Schwangerschaft, 2. Querlage, der Rücken nach vorne, Complication der Schwangerschaft mit Wechselfieber und Schmerzen im Leibe, unbestimmter Herkunft.

Bei genauer Beobachtung im Hospital fiel der Umstand auf, dass die Frucht so deutlich durch die Bauchdecken zu fühlen war, als wenn sie direct unter denselben liegen würde. Contractionen der Gebärmutter hervorzurufen gelang nicht. Alle Bemühungen der Frucht eine normale Lage zu geben, rufen Schmerzen hervor. Der Finger passirt unbehindert den Cervicalcanal. Eihäute sind nicht durchzufühlen. Eine späterhin vorgenommene Sondirung ergiebt, dass die Sonde auf 8 Cm. hineingeht, doch mit Sicherheit konnte man sich nicht für ein freisein des Uterus aussprechen.

Durch Untersuchung in Chloroformnarkose wurde festgestellt, dass in der Uterushöhle keine Eihäute waren, dass die Schleimhaut aufgelockert, leicht einzudrücken war, mit dem Finger lässt sich ein Theil der Decidua ablösen. Der Finger gelangt in der Höhle in der Richtung nach oben und ein wenig nach hinten. Eine bimanuelle Untersuchung gelingt auch unter Chloroform nicht. Der Fruchtsack kann auch jetzt nicht deutlich von den benachbarten Organen abgegrenzt werden. Bei der sofort angeschlossenen Operation floss nach Durchschneidung der Bauchdecken eine Menge trüben Fruchtwassers ab. Die Frucht war todt. Ein Rand der Placenta wurde durchschnitten, welche links lag. Die Höhle des Fruchtsackes ist vollständig abgetheilt von der übrigen Peritonealhöhle, in sie hängt der Zeigefingerdicke Proc. vermiformis. Die Innenfläche des Fruchtsackes ist glatt, in der unteren Hälfte hat sie 2 Ausbuchtungen, entsprechend dem vorderen und hinteren Douglas. Die Placenta liegt theilweise auf dem linken Uterushorn, theilweise auf dem linken Lig. latum und zieht sich auf diese Weise wie eine Brücke über die Abgangsstelle der linken Tube. Der Uterus ist rechts und hinten von der Placenta, welche in toto entfernt wurde. Tamponade der Fruchthöhle. Der Fötus war ein ausgetragenes, wenig macerirtes Mädchen. Die Kranke starb 15 Tage nach der Operation an beständig zunehmender Herzschwäche in Folge eines eitrigen Processes, unabhängig von der Operation.

Verf. weist auf die Schwierigkeit der Diagnosestellung hin, welche bedingt war durch die Unmöglichkeit, den Fundus uteri durchzufühlen und zweitens durch die ungeheure Verdickung des Cervix, welcher sich durchaus in nichts unterschied von einem solchen am Ende einer uterinen Gravidität.

Ch. Breitmann: «Ueber syphilitische Tachycardie und Arythmie». (Nr. 3.)

N. Dombrowski: «Ein Fall von angeborener Rectovaginalfistel bei einem 5jährigen Mädchen». (Nr. 3.)

D. sah ein Mädchen, das seine Excremente durch die Vagina entleerte. Der After fehlte vollständig, an seiner Stelle befand sich eine kleine Vertiefung. Gleich hinter dem etwas ausgedehnten Hymen befand sich die Canalöffnung, welche wie ein Ring fest den kleinen Finger umschnürte. Wahrscheinlich war das der 3. Sphincter ani.

W. Mergel: «Die Verletzungen der Augen in den Werkstätten der Wladikawkas'schen Eisenbahn». (Nr. 4.)

M. beschreibt interessante Verletzungen der Augen, die er im Verlauf von fast 4 Jahren zu beobachten Gelegenheit hatte. Was die zum Schutze der Augen gebräuchlichen Brillen anbetrifft, so genügen sie nicht vollständig den Anforderungen und in Folge dessen vermeiden sie die Arbeiter, ungeachtet der Gefahr, welcher sie die Augen aussetzen.

B. Libow: «Die Bildung des Heilschlammes». (Nr. 4.)

A. Naumann: «Ueber Hyperthermie und Fieber herabsetzende Behandlung». (Nr. 5.)

Was die Indication für eine Temperatur herabsetzende Behandlung anbetrifft, so ist N. der Meinung, dass im Allgemeinen Greisen, schwachen und blutarmen Personen mit leicht erregbarem Nervensystem Fiebermittel zu verabreichen sind, wobei er Alkohol und Chinin als die besten ansieht. Eine gleichzeitige Verabreichung derselben sei besonders bei Fieber im Wochenbett zu empfehlen. Bei verschiedenen Formen der Erkältung, wie Catarrhe des Rachens, der Bronchien und der Nasenhöhle sind die Salicylpräparate den anderen Mitteln vorzuziehen, da sie zugleich schweisstreibend wirken.

E. Blumenau: «Ein Fall von Noma bei Abdominaltyphus». (Nr. 5.)

Bei einem 15jährigen Mädchen entwickelte sich in der 3. Typhuswoche Gangrän der Mundschleimhaut, des Zahnfleisches und der Wange. Die Wange schwoll äusserlich auf, wurde glattglänzend, wachsartig. Nach einiger Zeit durchbrach der gangränöse Process die Wange und gelangte bis zur Haut. Auf letzterer bildete sich ein dunkler Fleck, darauf wurde dieselbe ganz schwarz und es trat eine vollständige Nekrose der ganzen Wange ein, von welcher auch die benachbarten Knochen des Kiefers ergriffen wurden. Trotz sorgsamer Pflege und Anwendung verschiedener Mittel (Hydrogenium hyperoxydat.) endigte die Krankheit letal. Trotz 2monatlicher Dauer derselben fanden sich bei der Section noch fast frische Typhusgeschwüre im Darm.

Prof. W. Tschisch: «Ueber die Frühdiagnose der Gehirnsyphilis». (Nr. 6.)

Als wichtigstes Zeichen der ersten oder Prodromalperiode der Gehirnsyphilis erscheinen der Kopfschmerz und Schlaf-

losigkeit, während Schwindel nur bei einer kleinen Anzahl von Kranken beobachtet wird. Alle anderen bekannten Symptome der Gehirnsyphilis gehören der zweiten Periode an, in welcher die Krankheit in den meisten Fällen unheilbar ist; hierher gehören das Doppelsehen und Erhöhung oder Verminderung der Reflexe. — Von grösster Wichtigkeit ist auch die Syphilis des Centralnervensystems dann zu diagnosticiren, wenn von der Syphilis nur das Gefässsystem des Gehirns ergriffen ist. Die Sklerose der Gefässe zeigt sich am frühesten in den Zweigen des vorderen Astes der Art. temporalis, welche sich auf der Schläfe dort verzweigt, wo die Haare endigen oder 1—2 Ctm. unterhalb dieser Stelle.

J. Gerbsmann: «Zur Frage über die Art der Uebertragung der Lepra». (Nr. 7.)

G. schliesst sich der Meinung Pettenkofer's an und sieht den Grund der Verbreitung der Lepra unter der bäuerlichen Bevölkerung hauptsächlich darin, dass sie in Erdhütten leben und der Fussboden derselben den Nährboden darstellt, welche die Bacterien zu virulenten macht.

J. Bresslaw: «Ueber Sanguinol». (Nr. 7.)

Die Beobachtungen an 10 Kranken ergaben sehr günstige Resultate. Verordnet wurde das Pulver zu 2,0—3 Mal täglich vor oder während der Mahlzeit. Der Hämoglobingehalt des Blutes nahm in den ersten 2 Wochen der Behandlung wenig zu, in der 3. Woche wird die Zunahme eine stärkere und wächst bei jeder folgenden Untersuchung. Die Zahl der rothen Blutkörperchen steigt von der ersten Untersuchung an rapid. Ebenso vergrössert sich das Gewicht.

M. Stein: «Ueber Cystoskopie und Catheterisation der Ureteren mit Beschreibung des vervollständigten Apparates». (Nr. 8.)

B. Puschtschiwy: «Einige Worte in Anlass der Publication D. Radkewitsch's und ergänzende Mittheilungen zu der Arbeit über den Kartoffelsaft». (Eshenedelnik 1900. Nr. 7 und 50.) (Nr. 8.)

P. stellt einige Fehler R.'s zurecht, welcher bei Controllversuchen negative Resultate erhalten hatte, da er sich nicht genau an die gemachten Angaben gehalten hatte. Zur Cultur soll vom Sputum genommen werden, welches auf dem Boden des Reagenzglases sich befindet, da dieses Bacillen enthält; ferner soll der Kartoffelsaft durch ein einfaches Papierfilter gelassen werden, was den Filtrationsprocess beschleunigt und schliesslich soll die Fränkel-Gobbet'sche Färbemethode angewandt werden, da dieselbe die sichersten Resultate liefert.

Die später fortgesetzten Versuche überzeugten P., dass Kartoffelsaft ein durchaus günstiger Nährboden für die Cultur von Tuberkel- und Diphtheriebacillen sei. Die auf solchen Culturen gewachsenen Bacillen wurden Meerschweinchen unter die Haut gespritzt und schon am 2. und 3. Tage bildeten sich an der Einspritzstelle, an den Oberschenkeln, ein Geschwür, welches, ebenso wie die Lymphbahnen, die auch Geschwüre aufweisen, deutlich nachweisbare Tuberkelbacillen enthielten.

N. Wigdortschik: «Ein Fall von Perichondritis laryngea externa». (Nr. 8.)

W. beschreibt eine Perichondritis laryngea externa bei einem 35jährigen Landarbeiter, deren Aetiologie ausschliesslich auf Erkältung zurückzuführen ist.

A. Lewenton: «2 Fälle von traumatischer Neurose». (Nr. 9.)

Die erste Krankengeschichte ist die einer 30jährigen, gesunden Bäuerin, die bei Entgleisung eines Eisenbahnzuges aus dem Waggon geschleudert wurde, ohne irgend eine äussere Verletzung erlitten zu haben bis auf einen Eindruck auf dem Proc. mastoid., der aber keine nennenswerthen Symptome bedingte. Allmählich entwickelte sich ein Zustand, der die Bewegungen an Chorea, bei Gehversuchen aber an spastische Paralyse sehr hohen Grades erinnerte. Die Behandlung mit Hypnose erzielte einigen Erfolg, bis dieselbe anfing zu versagen, da die Kranke sich eines Nachts sehr erschreckt hatte, und das alte Leiden wieder mit vorheriger Heftigkeit auftrat. Die Prognose stellt L. in diesem Falle ungünstig.

Die zweite Kranke war eine 34jährige Dame, die ebenfalls bei einer Entgleisung aus dem Waggon geschleudert wurde, starke Contusionen und Nasenbluten davon getragen hatte. Dieselbe hatte in der Jugend an hysterischen Anfällen gelitten. Nach dem Unfall stellten sich Gedächtnissverlust und epileptiforme Krampfanfälle ein. Die Aura bestand darin, dass die Kranke begann unruhig zu werden und sich zu fürchten, darauf erfolgte Bewusstlosigkeit, tonische und zum Schluss clonische Zuckungen. Die Anfälle dauerten bis zu 1/2 Stunde. Die Zunge war nie zerbissen und die Kranke fiel immer auf das Bett. Die Prognose kann, wie überhaupt bei Hysterie, mit Sicherheit nicht gestellt werden, da immer unerwartete Aenderungen im Krankheitsverlaufe eintreten können.

C. Diebailow: «Zur Frage über die Rolle des Alkohols bei der Behandlung von Infectionskrankheiten». (Nr. 9.)

D. beobachtete 28 Kranke mit Abdominaltyphus, 64 mit Lungenentzündung, 4 mit Pneumonia gripposa und 17 mit Erysipel und kam zum Schluss, dass man bei der Behandlung auch ohne Alkohol auskommen kann, da die Krankheit auch ohne denselben gut überstanden werden kann. Als Excitantien wandte er Coffein, Campher, Infus. rad. Valerianae, Flores Benzoes und dazwischen Sauerstoffinhalationen an. Er ist der Meinung, dass man mit Alkohol den Kranken ein sehr gefährliches und leicht zu erlangendes Gift in die Hand giebt und dass es nur indicirt ist bei acuter Herzschwäche, puerperalem Fieber und alten Alkoholikern, welche eine Infectionskrankheit durchgemacht haben.

A. Beliawsky: «Zur Behandlung des Empyems. Ein Fall von traumatischem pulsirenden Empyem». (Nr. 10.)

B., der in 2 Fällen günstige Resultate durch die Thoracotomie erzielt hat, hält es für zweckmässiger diese als die Estlander'sche Operation auszuführen. Für die erstere spricht der Umstand, dass die Operation von kurzer Dauer ist, fast schmerzlos, uncomplicirt, von jedem Arzt ausführbar. Dabei sind weder Narkose, besondere Instrumente noch Assistenten nöthig, was gerade für die in Russland lebenden Landärzte von grösster Wichtigkeit ist.

M. Cheifez: «Zur Frage über die Behandlung der Wassersucht mit Massage». (Nr. 10.)

Gestützt auf 2 glatt verlaufene Fälle von Wassersucht, bei denen Ch. in einem Falle Massage 17 Mal, im anderen 6 Mal angewandt hat, empfiehlt er dieselbe noch zu versuchen. Die Massage wird folgendermassen ausgeführt: der Kranke liegt auf dem Rücken mit ausgestreckten Beinen. Zuerst werden einige Streichungen mit leichtem Druck auf die Haut in verschiedenen Richtungen ausgeführt, darauf einzelne leichte Schläge mit dem Ulnarrande der Hand und Knetung der Muskeln an der vorderen Hälfte des Unterschenkels, um auf diese Weise auf das tieferliegende Gewebe einzuwirken, dann werden einzelne passive Bewegungen und Streckungen im Kniegelenk vorgenommen; darauf wird der Oberschenkel massirt und passive Bewegungen im Knie- und Hüftgelenk ausgeführt einige Male nach der Reihe. Ebenso auf der anderen Seite. Dann gleichzeitige Massage des Bauches und der Brust mit der ganzen Fläche beider Hände in verschiedenen Richtungen, wobei man versucht den Dickdarm zu massiren nach der Bewegung des Uhrzeigers, ferner schnelles Hinüberstreichen von unten nach oben mit den Fingern, dabei wird die ganze Haut einige Male gekniffen, und schliesslich werden einzelne Palpationen des Bauches und der Brust ausgeführt, weich mit den Fingerspitzen aller 10 Finger, um auf diese Weise auch auf die tiefliegenden Gewebe einzuwirken. Die Kranken empfinden dabei keine Schmerzen. Darauf wird der Kranke umgekehrt und dieselbe Manipulation 2 Mal ausgeführt und mit einzelnen leichten Schlägen die Wirbelsäule erschüttert. Wie die Füsse werden auch die Hände massirt. Die Séance dauert 12—15 Minuten.

W. Demidow: «Ein Fall von multiplen Lipomen». (Nr. 11.)

Bei einem 23jährigen Soldaten entwickelten sich innerhalb von 3 Jahren ungefähr 30 Lipome, von Wallnussgrösse bis zur Grösse einer Erbse, unregelmässig auf dem ganzen Körper verstreut. Durch Druck auf die Nerven riefen dieselben Schmerzen hervor.

D. Joffi: «Anwendung von Ichtyol bei der Behandlung von Milzbrand». (Nr. 11.)

Die guten Resultate, die J. bei Milzbrand mit Ichtyolcompressen (Ammon. sulfoichtyol. 10,0, Glycerin 30,0) erreichte, veranlassen ihn zur Publication seiner günstig verlaufenen Fälle. Er kommt zum Schlusse:

1) Ichtyol ist ein sehr wichtiges Mittel bei der Behandlung des Milzbrandes: es unterstützt wesentlich den Effect der Cautherisation und verkürzt die Krankheitsdauer und reducirt sie auf ein Minimum.

2) Bei der Ichtyolbehandlung wird die Gefahr ausgeschlossen, welche durch die Einspritzung grosser Mengen von Carbolsäure für die Kranken besteht.

3) Die Schmerzhaftigkeit beim Ausbrennen, welche sofort durch Ichtyolcompressen vermindert wird, dauert kurze Zeit und erfolgt nur einmal, während die subcutanen Injectionen 1—2 Mal am Tage ausgeführt werden müssen.

B. Puschtschiwy: «Die Classification der pathologisch-veränderten Halslymphdrüsen bei den Soldaten und eine Ansicht über die Entscheidung des Schicksals der letzteren, welche bereits im Dienste sich befinden». (Nr. 11.)

P. spricht sich dafür aus, Soldaten mit tuberkulöser Infection der Halslymphdrüsen vom Dienste ganz zu befreien und sich nicht nur damit zu begnügen, dieselben zur Cur für einen Sommer nach Staraja Russa zu schicken.

B. Libow: «Ueber intrauterine Uebertragung der Krankheiten von der Mutter auf das Kind». (Nr. 12.)

C. Gerenstein: «Ueber die Anwendung von Antistreptococcenserum in 2 Fällen von Erysipelas». (Nr. 12.)

In 2 schweren Fällen von Rose erhielt G. einen sehr guten Erfolg mit Antistreptococcenserum (aus dem Pasteur'schen Institut). Die Temperatur fiel, die Verbreitung der Rose hörte auf und der Allgemeinzustand der Kranken besserte sich.

Fr. Mühlen.

Russki Shurnal koshnych i wenericzeskych boleznjei. (Journal russe des maladies cutanées et vénériennes). 1901. Heft 3 u. 4.

Kusnezow: «Dermatitis bullosa acuta als besondere Form der traumatisch-infectiösen Hautentzündung».

Verf. beschäftigt sich mit Untersuchung der Ursachen der acuten, oft nach geringfügigen Traumen auftretenden Dermatitiden, speciell gewisser, anfangs Pustula maligna vortäuschender Hauterkrankungen an den Extremitäten, die unter ziemlich heftigen Allgemeinerscheinungen verlaufen. Bei 16 derartigen, bacteriologisch untersuchten Fällen fanden sich Staphylo- und Streptococcen, theils rein, theils in Mischinfection als Ursache des Leidens.

Sarubin: «Zur Histologie der Sklerodermia circumscripta».

S. hatte auf der Klinik von Jadassohn Gelegenheit einen seltenen Fall anatomisch zu untersuchen. Im Laufe von 3 Jahren hatte sich die Affection bei dem in keiner Weise belasteten und sich im Uebrigen vollkommen gesund fühlenden Pat. aus kleinen Anfängen zu ihrem jetzigen Umfange entwickelt, wobei sie sich auf dem Halse und oberen Brusttheil bogenförmig von einer Schulter zur anderen erstreckte und die Confluenz aus einzelnen Herden erkennen liess. An anderen Körperstellen fanden sich verstreut kleine Herde. Die befallenen Stellen boten das für die Krankheit typische und characteristische Verhalten, und schienen sich aber nur auf die oberflächlichsten Hautschichten zu beschränken. Nach Ansicht von S. liess sich das gesammte Bild der Hautaffection keiner einzigen der 3 von Unna geschilderten Unterarten der Sclerodermie bedingungslos unterordnen, insofern als es von allen einige Züge darbot.

Bei der mikroskopischen Untersuchung von excidirten Stückchen liessen sich an den einzelnen Hautschichten folgende Befunde erheben:

Strat. corneum. An der Peripherie der Herde normal dick, im Centrum wenig verdickt.

Strat. mucosum. Zum Centrum der Herde bedeutend atrophisch, stellenweise sogar ganz fehlend.

Strat. granulosum. Stark atrophirt. Die Schicht der Palissadenzellen an der Peripherie leicht hypertrophisch, zum Centrum in horizontaler Richtung abgeflacht. Im Rete spärliche Mitosen — in den peripheren Theilen Leukocytenkerne.

Cutis. Papillen fehlen im centralen Theil der Herde vollkommen, an der Peripherie seitwärts geneigt und ausgezogen. Die Subpapillarschicht im Centrum sehr arm an Gefässen, Lumina derselben sehr eng. An der Peripherie Erweiterung der Blutgefässe mit perivasculärem Infiltrat, letzteres meist durch einkernige runde Zellen hervorgerufen. Sehr wenige Mastzellen, keine Plasma- und Riesenzellen. Erwähnenswerth ist das Vorkommen von Zellen mit grossem bläschenförmigem Kern. Um die Talgdrüsen und Haarfollikel finden sich auch Infiltrate. Die tieferen Cutisschichten und Hautdrüsen unverändert.

Die collagenen Bündelchen in den oberen Cutisschichten im Centrum der Herde verdickt, mit normalem Verhalten gegenüber Farbstoffen. An Stellen, wo die elastischen Fasern fehlen sind die collagenen glasig verdickt, homogen und kernlos. An der Peripherie der Herde sind die collagenen Fasern normal. Die Lymphspalten centralwärts verengt; auch an den peripheren Partieen keine Erweiterung zu constatiren.

Das elastische Gewebe an der Peripherie weder quantitativ noch qualitativ verändert; im Centrum sind die Fasern grösstentheils näher an einander gerückt; stellenweis fallen unmittelbar unter der Epidermoidalschicht liegende vollkommen elastinfreie Partieen auf, stellenweise begegnet man geradezu einer parallelen Anordnung der elastischen Fasern. Degenerationserscheinungen an den elastischen Fasern konnten nicht constatirt werden.

Das Pigment der normalen Haut in der Nachbarschaft der Herde sehr unbedeutend, an der Peripherie in etwas grösserer Menge; besondere Pigmentzellen trifft man im Papillarkörper. In den centralen Theilen der Herde unbedeutende Pigmentvermehrung.

Bei Vergleichung seiner Resultate mit denen der mikroskopischen Untersuchung anderer Autoren constatirt S., dass er die von Crocker beschriebenen Thrombosen nie gefunden habe, sowie gegenüber den beiden Fällen von Marianelli das constante Fehlen irgendwelcher acuter Entzündungserscheinungen.

Unter den von Unna ausführlich beschriebenen Formen der Sklerodermie hat der von Sarubin am meisten Aehnlichkeit mit der «kartenblatthährlichen» Form, obgleich sich auch gegenüber dieser einige klinische und anatomische Unterschiede erheben liessen.

Burshalow: «Einige, mit grossen Quantitäten Quecksilber (Methode von Dr. Prochorow) behandelte Syphilisfälle».

Das 1894 von Prochorow veröffentlichte Verfahren gipfelt darin, dass entsprechend dem Gewicht des Pat. eine verschieden grosse Hg.-Menge eingeführt wird — dieselbe ist für die einzelnen Hg.-Salze ebenfalls verschieden, z. B. für Sublimat innerlich von $^1/_4$—1 Milligramm pro Kilo, subcutan 1 Milligr. pro Kilo, für Hg. salicyl. in kochendem kohlensaurem Natr. gelöst $2^1/_2$ bis 5 Milligr. pro Kilo, für Hg. succin. 3 Milligr. pro Kilo, für Hg. bijod. in der doppelten Menge JK. gelöst 3 Milligr. pro Kilo. Hauptsächlich benutzte P. die beiden letztgenannten Salze, weil sie am wenigsten Schmerzen machten. Jodkali wird nach P.'s Vorschrift zu 0,05—0,1 pro kilo unter Hinzufügung von T. jodi und Ferr. sulf. zu 0,025 gegeben. Nach jedesmaliger Injection tritt leichtes Fieber und Gewichtsverlust auf; die Pat. bleiben einige Tage zu Bett und man wartet ca. 10 Tage bis zu welcher Zeit sich das Körpergewicht meist über das zu Anfangs erhoben zu haben pflegt. Alsdann erneuerte Injection. Im Allgemeinen pflegen nur 3–4 Einspritzungen nöthig zu sein. Unter Einfluss dieser Behandlungsmethode soll das Allgemeinbefinden sich rapid bessern und eine sehr schnelle Rückbildung der syphilitischen Producte eintreten. Niemals sollen Intoxicationserscheinungen irgendwelcher Art auftreten, und Recidive sollen sehr leicht sein. Die Angaben von P. wurden von Taube und Akazatow nachgeprüft und sprachen sich diese Autoren ebenfalls sehr günstig über das Verfahren aus.

B. hielt sich bei seinen Nachprüfungen streng an die von P. aufgegebenen Regeln; das Verfahren musste nur insofern modificirt werden, als die Einführung von 6 ccm 3 pCt. Lösung (für 60 Kilo) starke Schmerzen hervorrief, eine auf das 6-fache concentrirte Lösung Infiltratbildung zur Folge hatte, so dass eine 3-fach concentrirte Lösung sich als die geeigneteste erwies. Zur Behandlung kamen 10 Pat. im condylomatösen Stadium; bei 1 Pat. wurde die Behandlung vor Beginn der Allgemeinerscheinungen begonnen; 7 Fälle betrafen Neuinfectionen, 2 waren Recidivisten 3 von den Fällen waren schwer, die übrigen gewöhnlich. (Fortsetzung folgt).

Kusnezow: «Ein seltener Fall von ungenügender Entwicklung der äusseren Geschlechtsorgane».

Betrifft einen Pat. mit Penis hypospadiacus scrotalis und urethra fissa. Das 18-jährige als Mädchen getaufte Individuum von durchaus männlichem Habitus. Der Penis in der rechten Scrotalhälfte verborgen, an deren unterer Partie eine Oeffnung ist, durch welche der Urin entleert wird. Rechts kein Hoden zu constatiren, links ein solcher vorhanden. Durch operativen Eingriff wurde der Penis aus seiner fixirten Lage befreit und die Hypospadie beseitigt.

Verf. theilt noch einen Fall von Missbildung der Genitalien mit, der als richtiger Androgyne zu bezeichnen ist. 59-jährige sehr grosse Frau. Habitus und Behaarung männlich, Brüste weiblich. Scrotum getheilt, mit beiderseits darin fühlbaren Hoden; aus der so gebildeten Rima pudendi an der Stelle der Clitoris ein Penis, der von einem Präputium an der oberen Fläche überzogen ist. Unter demselben die Harnröhrenöffnung. Keine Andeutung einer Scheide. Nie menstruirt.

Himmel: «Die Behandlung des Lupus erythematosus mit dem unterbrochenen Strom von hoher Frequenz nach der Methode von Dr. Bisserié».

Beschreibung des dabei zur Anwendung kommenden Apparates und Mittheilung der Resultate von Dr. B., wonach ca. 75 pCt. der behandelten Fälle in der Zeit von 2—6 Monaten geheilt wurde.

Dolgopolow: «Beitrag zur Frage der Syphilis der inneren Organe bei der ländlichen Bevölkerung».

Unter 2770 Syphilitikern in einem Theil des Gouv. Kursk fand Verf. 30 Fälle von Betheiligung der inneren Organe, und zwar: der Leber bei 14, des Herzens bei 8, der Lungen bei 4, des Magens bei 2 und der Pleura und des Mediastinums bei je 1. Bei den Fällen von Lebersyphilis waren 7 der interstitiellen, 4 der gummösen Form zuzurechnen; 3 waren Fälle von Perihepatitis. Mittheilung der Krankengeschichten. (Fortsetzung folgt).

Barannikow: «Zur Frage der Bacteriologie der Urethretiden.

Neben Staphylococcen in geringer Menge gelang es Verf. in einem Fall von Urethritis bei einem Manne Stäbchen in der überwiegenden Mehrzahl zu züchten, die nach Wachsthum, Färbung und später folgenden Thierversuch sich als echte Diphtheriebacillen erwiesen. In älteren Colonieen auf Bouillon und Gelatine bildeten die Bacillen deutliche Fäden — und Coccenformen.

Wichert.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei. 1901. Nr. 3 und 4.

Ratschinsky: «Ueber die Hauptmomente der Entwickelungsgeschichte der Geburtshilfe». (Nr. 3).

Antrittsvorlesung.

Th. Alexandrow: «Ueber eine neue Methode der operativen Behandlung der Dysmenorrhoea bei angeborener Anteflexio uteri». (Nr. 3).

Die Port. vag. wird rechter- und linkerseits mit je einer Kugelzange gefasst, dann ein halbmondförmiger Querschnitt über die Portio ausgeführt, Abpraeariren der Vaginalschleimhaut. In den Cervicalkanal wird ein Pott'sches Messer eingeführt und die Schleimhaut, wie die ganze Cervicalpartie, beginnend vom inneren Muttermunde, in der Mittellinie durchtrennt, und zwar die Schleimhaut perpendiculär und die Muskelsubstanz in schräger Richtung von links nach rechts. Alsdann erfolgt die Vernähung in der Weise, dass der linke Muskelrand mit dem rechten Schleimhautrand vernäht wird. Darauf wird die quere Vaginalwunde vereinigt. Verf. hat 4 Fälle nach dieser Methode operirt.

J. Fedorow: «Ein neues Instrument zur Tamponade des Uterus». (Nr. 3).

W. Brsheshinski: «Die Aetiologie der Eclampsie vom Standpunkt der Infectionstheorie (Stroganoff)». (Nr. 3).

Das Material stellte die Warschauer Klinik, in der auf 7755 Geburten 135 Fälle von Eclampsie beobachtet wurden. Verf. bespricht die Eclampsie nach allen möglichen Gesichtspunkten; hält die Natur des Leidens für noch nicht aufgeklärt, so dass die Frage, ob eine genügende Erklärung in der Infectionstheorie liegt, nicht entschieden werden kann.

N. Schipow: «Untersuchungen über die Schmerzempfindung während und nach der Geburt». (Nr. 3).

Während der Geburt ist die Sensibilität der Haut herabgesetzt, am 6. Tage tritt annähernd das normale Verhältniss wieder ein. Die Ursache für die Herabsetzung der Sensibilität sieht Verf. in der Ermattung in Folge der Wehenschmerzen, dann aber auch in der Anaemie, welche die Schwangerschaft gewöhnlich begleitet.

M. Lewinowitsch: «Ueber eine Placentargeschwulst». (Nr. 3).

Die foetale Fläche einer Placenta, deren Gewicht 1760 Gr. betrug, wurde zu $^2/_3$ von einer Geschwulst eingenommen, die aus rundlichen unter einander fest verbundenen Knochen besteht. Die Geschwulst ist mit der Langhans'schen Schicht und Syncytium bedeckt, die Grundsubstanz ist Bindegewebe. Stellenweise recht reichliche Gefässentwickelung, gelegentlich Durchtränkung des Gewebes mit Blut — das Bild des Infarctes. Als Bedingung für den Blutaustritt ist Stauung anzusehen, für welche ihrerseits ungenügender Abfluss durch die Vene verantwortlich zu machen ist. Die sogenannten Placentartumoren — wenigstens der vorliegende — stellen keine Geschwulst an sich dar, sondern sind auf Hyperplasie des Gewebes in Folge von Stauungsprocessen zurückzuführen

J. Kalabin: «Zur Aetiologie und Behandlung der puerperalen Erkrankungen». (Nr. 4).

K. hat 30 Fälle von Puerperalfieber beobachtet, von denen nur 2 gestorben sind. Der Aufsatz enthält nichts Neues.

H. Thomson: «Conservative Behandlung entzündlicher Adnextumoren». (Nr. 4).

Verf. hat 30 mal den hinteren Scheidenschnitt angewandt zwecks Entleerung von Eiteransammlungen in den Adnexen oder in der Umgebung des Uterus. In 7 Fällen handelte es sich um einen uncomplicirten Pyosalpinx, in 12 Fällen um Pyosalpinx complicirt mit peritonealen und parametritischen Eiteransammlungen, 5 mal ein rein perimetritischer, 1 mal ein parametritischer Abscess, 5 mal konnte die Herkunft der Eiteransammlung nicht gefunden werden. 6 mal hatte sich der Eiter ins Rectum Bahn gebrochen. Der Schnitt im hinteren Scheidengewölbe wurde gewöhnlich in sagittaler Richtung angelegt, oft wurde dabei der Abscess eröffnet, oder man machte vorsichtig mit dem Finger palpirend und dilatirend eine Probepunction mit dem Vogel-Landau'schen Troicart in den höher gelegenen Tumor und erweiterte die Punctionsöffnung. Tamponade der Höhle und event. Spülung mit Sol. Hydrogenii superoxydati ($^1/_4$%—1%).

Alle Patientinnen, ausser zweien, welche an den Folgen der Eiterung starben, wurden gesund entlassen. Bei manchen musste mehrere Mal operativ vorgegangen werden, so musste z. B. in einem complicirten Fall 2 mal laparotomirt und 2 mal colpotomirt werden. 8 mal musste wegen Pyosalpinx grösseren Umfanges laparotomirt werden.

P. Bondarew: «Ueber das Puerperalfieber, speciell einen Fall von Meningitis purulenta bei einer Schwangeren». (Nr. 4).

Eine 26-jährige Frau tritt 5 Wochen vor dem Geburtstermin in die Klinik, erkrankt wenige Tage vor der Geburt an Nackenstarre und Schluckschmerzen, wenige Tage darauf erfolgt rechtzeitig eine normale Geburt. Bald darauf Verschlimmerung des Allgemeinzustandes, Temp. 41,0, P. 140, Sopor und Tod. In der Genitalsphäre liess sich nichts Abnormes nachweisen. Die Section bestätigte die Diagnose Meningitis purulenta. Nun entstand die Frage, welcher Natur die Meningitis wäre. Nachdem Verf. die verschiedenen Möglichkeiten durchsprochen, kommt er zur Ueberzeugung, dass es sich hier um einen Infectionsprocess mit der Localisation in den Hirnhäuten handelte, dafür spricht die parenchymatöse und fettige Degeneration der Leber und der Nieren und, wie die bacteriologische Untersuchung ergab, die Anwesenheit von Streptococcen und Staphylococcen in fast allen Organen, einschliesslich der Gebärmutter. Es muss sich wohl um einen jener seltenen Fälle von puerperaler Septicaemie gehandelt haben, wo eine Infection factisch stattgefunden hat, aber ohne sichtbare primäre Affection.

Lingen.

Довв. ценз., Спб., 29 Сентября 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 10. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1901.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Archiw psichiatrii, neirologii i ssudebnoj psichopatologii (Archiv für Psychiatrie, Neurologie u. gerichtl. Psychopathologie).
Bolnitschnaja gaseta Botkina (Botkin's Hospitalzeitung).
Chirurgia (Chirurgie).
Djetskaja Medizina (Pädiatrische Medicin).
Jeshenedjelnik (Wochenblatt).
Ljetopijss russkoi chirurgii (Annalen der russisch. Chirurgie).
Medizina (Medicin).
Medizinskoje obosrenje (Medicinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Russkij Archiw Patologii, klinitscheskoi Mediziny i Bacteriologii (Russ. Archiv für Pathologie, klin. Medicin u. Bacteriologie).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Westnik klinitscheskoj i ssudebnoj psichiatrii i neiropatologii (Zeitschrift für klinische und gerichtliche Psychiatrie und Neuropathologie).
Westnik obschtschestwennoj gigieny, ssudebnoj i praktitscheskoj mediziny (Zeitschrift für öffentliche Hygiene, gerichtliche und praktische Medicin).
Wojenno-medizinskij shurnal (Militär-medicinisches Journal).
Wratsch (Der Arzt).

Chirurgija, Bd. IX und X Nr. 52—56.

S. von Stein und W. Sakchejew: «Ein Fall von ausgedehnter Schädelnecrose». (Nr. 52).

Es handelte sich um eine luetische Affection des Schädels mit ausgedehnter Necrose. Die in Folge dessen aufgetretenen reactiven Entzündungserscheinungen und Abscesse hatten eine starke Veränderung der ganzen Configuration des Kopfes bewirkt. Der durch Operation entfernte Sequester hatte einen Längsdurchmesser von 11 und einen Querdurchmesser von 7 Cm. Interressant ist der Umstand, dass sich der Sequester nicht mehr an seiner ursprünglichen Stelle fand, sondern aus der Temporalgegend in die Occipitalgegend abgeglitten war, wo er dem gesunden Knochen auflag.

W. Sykow: «Ueber die Exstirpation des Zungenkrebses». (Nr. 52).

Die wesentlichsten Punkte bei der Behandlung des Zungencarcinoms, die möglichst radicale Entfernung und ein möglichst gutes functionelles Resultat was Sprache, Kauen und Schlucken anbetrifft, sollen nach dem Verf. erstrebt werden durch exacte Exstirpation der Lymphdrüsen bei möglichster Schonung der Muskeln des Mundbodens. Die Krankengeschichte eines mit Totalexstirpation der Zunge behandelten Falles beschliesst die Arbeit.

S. Beresowsky: «Die Behandlung der Brüche. Massage bei Brüchen». (Nr. 52).

Der erste Theil der Arbeit beschäftigt sich mit der operativen Therapie der Hernien. B. schildert genauer ein Verfahren, dass ihm bei grossen Scrotalhernien gute Dienste geleistet hat und das in einer Combination der Kocherschen und Bassinischen Methode besteht. Im zweiten Theil seiner Arbeit tritt Verf. warm für die Massage ein, die in allen Fällen zu empfehlen ist, wo sich die Anlage für herniöse Ausstülpungen der Intestina findet. Eine solche Anlage kann bedingt sein durch Narben, Fettleibigkeit, allgemeine Schwäche der Muskulatur etc. Hier verspricht sich B. durch fortgesetzte Massage, Gymnastik etc. gute Erfolge. Eine Reihe kurzer Krankengeschichten illustrirt die Arbeit.

B. Bauer: «Ein neues Verfahren zur Operation der Schenkelhernien nach Prof. Roux». (Nr. 52).

Das Verfahren besteht im Wesentlichen darin, dass das lig. Poupartii mit besonders geformten Nägeln an den horizontalen Schambeinast befestigt wird. Ein von B. so operirter Fall ergab ein gutes Resultat.

K. Ssuslow: «Ueber die Luxation des nervus ulnaris». (Nr. 52).

Beschreibung eines Falles dieser im Ganzen seltenen Affection.

Suarez de Mendoza (Paris): «Eine Anomalie der Stirnhöhlen und ihre Bedeutung für die chirurgische Therapie der Stirnhöhleneiterung». (Nr. 53).

Es handelt sich um das nicht allzu seltene Vorkommen einer oder zweier accessorischer Hohlräume im Stirnbein, die durch gesonderte Canäle mit der Nase communiciren und bei einer Trepanation der Stirnhöhlen leicht übersehen werden können.

G. Wosskressensky: «Zur Ureterenchirurgie. Einpflanzung der Ureteren in den Dickdarm nach Maydl, bei Ectopie der Blase. Kritische Beleuchtung dieses Verfahrens». (Nr. 53).

W. hat einen 16-jährigen Patienten nach dem Maydl'schen Verfahren operirt, der 14 Tage nach der Operation an einer Bronchopneumonie starb. Bei der Section fand sich ein ulcerösei Catarrh des Dickdarms, Erweiterung der Ureteren und eine Pyelonephritis. Die Ureter- und Nierenaffection legt W. dem mangelhaften Schluss der unteren Ureterenmündungen zur Last. Der in das Colon implantirte Theil der Blasenwand mit den beiden Uretermündungen zeigte schon vor der Operation starke catarrhalische Veränderungen, wodurch die Schlussfähigkeit leiden musste. W. empfiehlt daher das Maydl'sche Verfahren nur bei jüngeren Kranken, wo die erwähnten Veränderungen noch nicht einen so hohen Grad erreicht haben.

S. Derjushinsky: «Ein seltener Fall von primärer Blasentuberculose. Chirurgische Behandlung derselben». (Nr. 53).

Ein 21-jähriger Patient litt seit 3 Jahren an Hämaturie und schmerzhaften Harndrang. Cystoskopisch wird eine Neubildung an der vordern Blasenwand constatirt. Sectio alta, Entfernung alles Krankhaften. Mikroskopische Diagnose: Tuberculose. Die Symptome bestehen fort. Ein Jahr später nochmalige Eröffnung der Blase über der Symphyse. Ausschabung neugebildeter tuberculöser Massen. Auch jetzt keine Besserung. Daher wird ein halbes Jahr später nochmals die Blase eröffnet und die Schleimhaut mit dem scharfen Löffel behandelt. Eingiessung von Jodoformöl. 6 Monate später Castration wegen rechtsseiliger Epididymitis tuberculosa. Schwere Diarrhöen, Kräfteverfall. Tod 2½ Jahre nach der ersten Operation. Der Fall illustrirt die Machtlosigkeit der chirurgischen Therapie bei Blasentuberculose.

A. Oschmann: «Ein Fall von Exstirpation des ganzen Vas deferens wegen Tuberculose». (Nr. 53).

Es handelte sich um ein Recidiv im funiculus nach einer vor einigen Monaten vorgenommenen Castration. Es bestanden Schwellung und Fisteln in der Leiste. O. umschnitt den entzündlichen Tumor, der sich als der Stumpf des funiculus spermaticus erwies, isolirte das Vas deferens und konnte dasselbe, indem es stumpf in die Tiefe drang in seiner ganzen Länge bis zur Prostata vom Leistenschnitt aus exstirpiren.

A. Martynow: «Ueber die Holzphlegmone (Phlegmon ligneux, Reclus)». (Nr. 54).

M. hat 4 Fälle dieser im ganzen seltenen Affection beobachtet, von denen einer tödtlich verlief. In 3 Fällen hatte die Phlegmone ihre gewöhnliche Localisation am Halse, in einem fand sie sich in den Bauchdecken oberhalb der Symphyse. In-

teressant ist der sehr protrahirte Verlauf (1½ Jahre) in einem Falle. Die mikroskopischen Untersuchungen ergaben das gewöhnliche Bild, bakteriologisch konnten keine einwandsfreien Resultate gewonnen werden.

L. Passower: «Ein Fall von multiplem Hautsarcom». (Nr. 54).

P. Gerzen: «Partielle Rhinoplastik. Wiederherstellung der Nasenspitze».

Der 39-jährigen Kranken war vor 2 Wochen von ihrem betrunkenen Liebhaber die Nasenspitze abgebissen worden. Es fehlten die Spitze, der obere Theil des häutigen Septums und der beiden Flügel. Zur Deckung des Defectes bediente sich G. eines dem Thiersch'schen nachgebildeten Verfahrens, dessen Details im Original nachzulesen sind.

A. Abrashanow. «Ein eingeklemmter inguinaler Darmwandbruch, mit einem Fremdkörper als Inhalt». (Nr. 54).

Der 31-jährige Patient litt seit 3 Jahren an einem Leistenbruch, der sich langsam vergrösserte, aber immer leicht reponibel blieb. Am Tage seines Eintritts ins Hospital klemmte er sich zum ersten Male ein. Bei der am folgenden Tage vorgenommenen Herniotomie fand sich im Bruchsack eingeklemmt eine dem Darm aufsitzende Geschwulst, welche während der Palpation kleiner wurde und schliesslich mit deutlichem Crepitiren verschwand. Es handelte sich um eine divertikelartige Ausstülpung des Darmes, die sich incarcerirt hatte und als Inhalt mit ihren Kernen gestossene Faulbeeren führte, die der Patient vielfach genossen hatte. Die Darmschlinge erholte sich vollkommen und es konnte die Radicaloperation angeschlossen werden.

N. Ssawinow: «Paravaginales und subperiostales Verfahren zum Verschluss grosser und mit dem Knochen verbackener Blasenscheidenfisteln. (Ersatz für die Colpocleisis)». (Nr. 54).

Das Wesentliche dieses Verfahrens liegt in dem sorgfältigen Mobilisiren der narbigen mit dem Knochen verbackenen Fistelränder. Der Zugang zum Operationsfelde wird durch perineale Eröffnung der fossa ischio-rectalis, eventuell beiderseits gewonnen. Verf. meint durch dieses sehr leistungsfähige Verfahren die Colpocleisis aufs Aeusserste einschränken zu können. Die Krankengeschichte eines mit gutem Resultat operirten Falles wird mitgetheilt.

J. Titow: «Zur Kasuistik der syphilitischen Magengeschwüre». (Nr. 55).

In dem beschriebenen Falle war der Magen annähernd von normaler Grösse. Die Wände waren leicht verdickt. An der vorderen Magenwand nahe der kleinen Curvatur etwa 6 cm. vom Pylorus entfernt fand sich ein Ulcus von ovaler Gestalt. (6 und 8 cm. im Durchmesser). Die mikroskopische Untersuchung ergab eine ausgedehnte Endarteriitis in der Umgebung des Geschwüres, die stellenweise zu vollständigem Verschluss des Gefässlumens geführt hatte.

P. Borowsky: «Ueber die Behandlung der Appendicitis». (Nr. 55).

Bericht über 52 im Militärhospital in Taschkent beobachtete Fälle, von denen 24 operirt wurden. Die übrigen 28 heilten bei interner Behandlung. In den 24 operirten Fällen handelte es sich 19 Mal um abgesackte eitrige Peritonitis (7 Todesfälle), 3 Mal um allgemeine eitrige Peritonitis (3 Todesfälle). In 2 Fällen endlich, wurde der Appendix im Intervall entfernt.

A. Orlowsky: «Ueber Appendicitis». (Nr. 55).

O. berichtet über 11 Fälle von eitriger Appendicitis, die operirt wurden (1 Todesfall). Es betont die relative Ungefährlichkeit des Eiteraustritts in die Bauchhöhle beim Sprengen von Adhäsionen und empfiehlt daher den Wurmfortsatz stets aufzusuchen und zu entfernen. Nur bei sehr derben Verwachsungen ist solches zu unterlassen.

A. Markowitin: «Processus vermiformis und Oxyuris vermicularis». (Nr. 55).

M. beobachtete bei einem Falle von Appendicitis, der im Intervall zur Operation kam, lebende Oxyuren im Wurmfortsatz. In der Literatur ist die Zahl ähnlicher Fälle nicht ganz gering, doch muss die Frage ob ein ätiologischer Zusammenhang zwischen den Parasiten und der Appendicitis besteht, zunächst offen gelassen werden.

F. Awtokratow: «Ein Fall von Kniegelenkinfection nach Ollier, Modification Starkow». (Nr. 55).

N. Ordin: «Kurze Bemerkungen über die Anwendung des Amyloforms in der chirurgischen Ambulanz». (Nr. 56).

O. hat das Amyloform bei den verschiedensten Arten von Wunden, Fissuren und Geschwüren angewandt und hat gute Resultate gehabt. Die Hauptvorzüge neben der antiseptischen Wirkung sind die Ungiftigkeit und Geruchlosigkeit des Mittels.

D. Gorochow: «Ueber die Behandlung der angeborenen Hirnbrüche». (Nr. 56).

Bericht über 2 Fälle von Cephaloma sincipitale, bei einem 6 monatlichen resp. 5 monatlichen Kinde, die beide durch Operation — Abtragung der Geschwulst, osteoplastischer Verschluss der Knochenlücke — geheilt wurden. Nach den mikroskopischen Untersuchungen ist Verf. geneigt den ersten Fall als meningocele, den zweiten als encephalocele propria zu deuten. Verf. ist anderer Ansicht als Lyssenkow, der alle Hirnbrüche als teratoide Neubildungen (Cephalom) auffassen will und jede Ausstülpung intercranieller Gebilde leugnet.

M. Krymholtz. «Ueber die Extraction der Katarakt mit der Kapsel». (Nr. 56).

Verf., dem ein grosses Material zu Verfügung gestanden hat, entfernte in 291 Fällen von Katarakt die getrübte Linse mit ihrer Kapsel. Er beschreibt ausführlich sein Verfahren und empfiehlt die Extraction mit der Kapsel in allen Fällen zu versuchen und erst, wenn sie nicht gelingt, die gewöhnliche Extraction mit Zurücklassen der Kapsel vorzunehmen. Die Vorzüge die eine Entfernung der Kapsel mit sich bringe, seien doch so wesentlich, dass ein Versuch in dieser Richtung gerechtfertigt erscheint.

A. Kissel. «Ueber die Behandlung des Noma nach einem neuen Verfahren». (Nr. 56).

Nach einer Besprechung der vielen bei Noma üblichen Verfahren schildert K. das seinige, das in sorgfältigem Ausschaben mit dem scharfen Löffel, Auswaschen mit einer schwachen Lösung von Kali permanganic. und Einstäuben von Jodoformpulver besteht: Die Ausschabungen müssen gewöhnlich einige Male wiederholt werden, die Jodoformbehandlung längere Zeit fortgesetzt werden. Verf. macht auf die nothwendige Vorsicht bei der Jodoformbehandlung kleiner Kinder aufmerksam. Eine Reihe kurzer Krankengeschichten sind der Arbeit beigefügt.

A. Hagmann. «Ueber die Auswaschung der Bauchhöhle bei acuter allgemeiner Peritonitis». (Nr. 56).

Verf. berichtet über eine Reihe sehr interessanter Versuche an Leichen. Zunächst wollte er die Frage entscheiden auf welchen Wegen sich eine ins Peritoneum gebrachte Flüssigkeit verbreitet. Am geeignetsten zu diesen Versuchen erschien eine Aufschwemmung fein gemahlener, gebrannter Cichorie in einem dünnen Stärkekleister. An allen Stellen wo eine Anhäufung der Flüssigkeit stattfindet, konnte man dickere Niederschläge von Cichorie nachweisen. Interessant ist nun die Vertheilung der Flüssigkeit bei wechselnder Injectionsstelle. Wurde im Epigastrium injicirt, so senkte sich die Flüssigkeit in beiden Flanken nach dem kleinen Becken hin und zwischen den Dünndarmschlingen fanden sich relativ wenig Niederschläge. Eine Injection in der Cöcalgegend bewirkte Ansammlung der Flüssigkeit im kleinen Becken und an der rechten seitlichen Bauchwand bis hinauf unter das Zwerchfell, eine Ausbreitung, wie man sie beim Fortschreiten perityphlitischer Exsudate sehr häufig sieht. Dann beschäftigte sich Verf. in anderen Versuchen mit der Frage, wie ein in obiger Weise verunreinigtes Peritoneum am besten zu säubern ist. Dabei stellte sich zunächst heraus, dass mit trockenem Austupfen sehr wenig erreicht werden kann. Wohl aber gelingt es durch Spülung das Peritoneum von den feinen corpusculären Elementen zu reinigen. Doch kommt es dabei auf verschiedene technische Massnahmen an, die im Detail zu schildern, den Rahmen eines Referates überschreiten würde. Jedenfalls erweist sich eine richtig ausgeführte Auswaschung des Peritoneums als ein zuverlässiges Mittel die Bauchhöhle zu reinigen. Auf Grund dieser Versuche glaubt Verf. daher die in neuerer Zeit mehr und mehr empfohlenen Spülungen bei allgemeiner eitriger Peritonitis warm empfehlen zu können.

Wold. Fick.

Medicinskoje Obosrenje. Juni, Juli, August 1901.

K. Oppenheim: «Ueber den psychischen Charakter einiger Störungen der Harnentleerung und der Defäcation».

Autor führt einige recht interessante Krankenberichte vor; dieselben weisen darauf hin, dass bei neuropathisch beanlagten Personen beiderlei Geschlechts eine sog. Phobie, die an die Urin- und Stuhlentleerung gebunden ist, sich entwickeln kann. Das primäre Moment ist die krankhafte Vorstellung, dass das in Rede stehende Bedürfniss sich grade zu ungelegener Zeit einstellen werde, oder aber dass die betreffenden Personen die allgemeine Aufmerksamkeit auf sich lenken. Es entwickelt sich dann ein unüberwindlicher Drang neben verschiedenen anderen Störungen vasomotorischen Charakters: Kältegefühl an den Handflächen und den Fusssohlen, Hitze und Röthung im Gesicht, Kopfschwindel und hauptsächlich ein starkes Angstgefühl. Haben dann solche Patienten ihr Bedürfniss befriedigt, so tritt eine Beruhigung ein, freilich nur für kurze Zeit. Mit hydropatischen Curen erzielt man in solchen Fällen recht gute Erfolge.

N. Strujew: «Zur Casuistik der Raynaud'schen Krankheit».

A. Pospjelow: «Ueber ein neues Symptom der Raynaud'schen Krankheit».

Als solches spricht Autor das von ihm häufig beobachtete Beissen der Nägel. Man soll nicht immer das Beissen der Nägel als «schlechte Gewohnheit» auffassen, sondern nach anderen Symptomen fahnden. Das Nagelbeissen ist nach Verf. entschieden eine Neurose analog der von Hallopeau und Fournier beschriebenen Tricotilomanie. — das Verlangen die Haare an einer ganz bestimmten Stelle des Körpers auszureissen.

S. Schwarz: «Der syphilitische Herzfehler und dessen Heilung».

Casuistischer Beitrag, enthält Nichts neues.

K. Buinewitsch: «Ein Fall von Offenbleiben des Ductus Botalli und Communication zwischen der Pulmonalarterie und einem Aortenaneurysma».

Die Diagnose wurde zu Lebzeiten der 45-jährigen Patientin gestellt.

S. Schwarz: «Ein Fall von Fehlen des Pulses in den Arterien des linken Vorderarms».

Der Fall betrifft ein 20-jähriges, hysterisches, neuropathisch stark belastetes Mädchen. Das Fehlen des Radialpulses war hier nicht etwa in Folge einer Bildungsanomalie bedingt, auch nicht in Folge von Verengerung des Lumens der A. subclavia an deren Ursprungsstelle, vielmehr lag hier höchst wahrscheinlich eine functionelle Störung der Gefässwand vor, der sog. hysterische Gefässkrampf.

W. Fëdorow: «Zur Behandlung der Extrauteringravidität».

In den letzten 3 Jahren hat Autor Gelegenheit gehabt am Moskauer Basman'schen Hospital 27 Fälle von Graviditas extrauterina operativ zu behandeln: 3 mal wurde von ihm die Colpotomia ausgeführt, 2 mal — Extirpatio totalis per vaginam und 22 mal die Laporotomie. In 2 Fällen handelte es sich um interstitielle Gravidität, in allen übrigen Fällen entwickelte sich die Schwangerschaft in den Tuben (11 mal in der linken und 16 mal in der rechten Tube). 2 mal wurde operirt wegen vereiterter Haematocele in den übrigen 25 Fällen war die Indication zum operativen Eingriff gegeben entweder durch Constatirung von Haematocele oder Haematosalpinx oder aber durch eine acut einsetzende innere Blutung während der Gravidität. Auf Grund seiner Beobachtungen stellt Autor folgende Thesen auf: Die extrauterine Gravidität gehört zwar zu den gefährlichen Krankheiten, giebt jedoch eine relativ günstige Prognose, wenn sie frühzeitig vom Arzt beobachtet wird; dieser Arzt muss auch gleichzeitig chirurgisch geschult sein, denn der operative Eingriff bringt viel sicherer Heilung, als jede interne Behandlung. Die besten Resultate giebt die abdominelle Behandlungsmethode. Die Diagnostik der extrauterinen Schwangerschaft ist in vielen Fällen recht schwer. Jede diagnosticirte frische Extrauteringravidität muss auf operativem Wege behandelt werden. Das Auftreten von Blutungen aus den Geschlechtsorganen weist auf das Aufhören der Schwangerschaft hin.

Die genaue anatomische Diagnose ist von grosser Wichtigkeit, doch meistentheils vor der Operation unmöglich. Die acuten Formen des Abortes können ebenso wie die Berstung der Eileiter lebensgefährliche innere Blutungen hervorrufen; später sind auch gefährliche Recidive zu befürchten. Die Haematocele ist ebenfalls sehr gefährlich, da eine Vereiterung zu befürchten ist, auch kann man immer auf erneuerte innere Blutung gefasst sein.

A. Eberlin: «Ueber die Alquié - Alexander - Adam'sche Operation bei Retrodeviation und Prolaps des Uterus».

Als beste Methode zur Beseitigung der beweglichen Retrodeviation und des Vorfalles des Uterus, gilt die Verkürzung der runden Bänder im Leistencanal; diese Operation ist leicht und gelingt immer. Zwecks Auffindung der Bänder muss der Leistencanal eröffnet werden. Die Bildung einer Hernie ist bei sorgfältiger und rationeller Schliessung der Wunde nicht zu befürchten.

K. Goniew: «Die Behandlung der Appendicitis mit Hülfe von Spirituscompressen».

Autor hat sich in einem Falle von der günstigen Wirkung dieser Compressen überzeugen können. Es wurde 95%-iger Spiritus angewandt und die Compressen wurden häufig gewechselt, sobald sie nur austrockneten. Die starken Schmerzen, die weder durch Eis, noch durch die Opiumtherapie gelindert werden konnten, wichen sofort, nachdem die Spirituscompressen aufgelegt wurden.

N. Polubogatow-Halbreich: «Zur Behandlung der Fibromyome des Uterus mit dem galvanischen Strom».

Die bekannte Apostoli'sche Methode wird jetzt von vielen Autoren vernachlässigt, ja sogar als vollkommen nutzlos anerkannt. Demgegenüber betont Autor, dass er in den letzten 6 Jahren die verschiedensten Erkrankungen der weiblichen Genitalorgane mit grossem Erfolg galvanisch behandelt habe und dass erfolglose Fälle nur recht wenige zu verzeichnen seien. Was nun namentlich die Fibromyome anlangt, so erzielte Autor fast immer eine Verminderung der Geschwulst, Sistirung der Blutung, der Schmerzen und der nervösen Anfälle. Die meisten Patientinnen ertragen die Behandlung recht gut, nur bei einzelnen recht reizbaren Personen verursachte die Einführung der Sonde in den Uterus schmerzhafte Empfindung. Autor beschreibt einen Fall von Fibromyoma uteri multiplex interstitialis et subserosum, wo die Laporotomie in Aussicht gestellt war und doch die galvanische Behandlung im Verlaufe von circa 6 Monaten eine völlige Heilung erzielt hat, die Geschwülste verschwanden allmählich ganz, und der Uterus nahm die normale Grösse an.

T. Krassnobajew: «Uebersicht über 117 Fälle von Litothripsie, ausgeführt von W. Irschik (75 Fälle) und dem Autor (42 Fälle)».

Die Litolapaxie wurde mit dem Collin'schen Litotriptor Nr. 00 ausgeführt, die Blase mit Hülfe des Clover'schen Evacuators entleert. In den meisten Fällen wurde die Operation unter Chloroformnarkose und gleichzeitiger Cocainisirung der Urethra (5% Lösung) ausgeführt, nur in 3 ambulatorisch behandelten Fällen kam einzig und allein die locale Anaesthesie in Anwendung. Unter den 117 Fällen waren nur 4 Mädchen. Was das Alter der Operirten anlangt, so standen 7 im Alter bis zu 1½ Jahren: 48—im Alter von 1½—3 Jahren; älter als 3 Jahre waren 62 Kinder. Das durchschnittliche Alter aller Operirten betrug 4,2. In der Mehrzahl der Fälle währte die Krankheit nicht mehr. als ein Jahr (80 Fälle), in 17 nicht mehr, als 2 Jahre, in 7 Fällen mehr, als 2 Jahre, in den übrigen Fällen konnte die Krankheitsdauer nicht constatirt werden. Was die Grösse des Steines anlangt, so war derselbe in 47 Fällen nicht grösser, als 1 cm., in 46 Fällen—2 cm., in 15 Fällen zwischen 2—3 cm. lang; der kleinste Stein war 0,25 cm. lang. In 6 Fällen befanden sich die Steine in den tiefen Theilen der Urethra; sie wurden in die Blase zurückgestossen und erst dort zerstückelt. In der überaus grössten Mehrzahl der Fälle waren es harnsaure Steine mit einer oberflächlichen Phosphat-Schicht. Nur in 3 Fällen fanden sich Oxalate und in 12 — Phosphate. Die weichen Phosphatsteine können häufig gar nicht gefühlt werden, sie werden erst durch den Litotriptor entdeckt, der also auch zu diagnostischen Zwecken verwendet wird in Fällen, wo die klinischen Symptome auf einen Stein hinweisen, derselbe aber durch die Palpation nicht entdeckt werden kann. Was die Reaction des Harns anlangt, so war dieselbe nur in 6 Fällen alkalisch, gewöhnlich schwach-sauer. Der löffelförmige Litotriptor wurde nur selten angewandt und zwar bei ganz kleinen und harten Steinen. Für gewöhnlich dauerte die Operation, die Dilatation der Urethra mit Hülfe von Bougies mit eingerechnet, nicht mehr. als 25 Minuten; nur in einzelnen Fällen musste die Urethra ganz allmählich im Verlaufe von 2—8 Tagen erweitert werden. Als Regel muss gelten, dass der Litotriptor ganz leicht in die Blase hineingebracht werden darf, ist die Urethra für entsprechende Bougies nicht passirbar. so darf die Operation nicht ausgeführt werden. Autor hat 2 Fälle nur durch forcirtes Einführen des Litotriptors verloren. Nach der Operation beobachtet man fast stets schmerzhaftes Harnen, das sich jedoch nach einigen Tagen verliert. In 38 Fällen trat nach der Operation blutiger Harn auf, der 2—3 Tage anhielt. Als weitere Complication führt Autor das Fieber an; dasselbe wurde in 24 Fällen beobachtet, hielt jedoch nur 2—3 Tage an. Was schliesslich die Frage nach den Recidiven an-

langt, so behauptet Autor, dass nach der Zertrümmerung des Steines äusserst selten Recidive auftreten. Ueberhaupt soll diese Operation den Steinschnitt in den meisten Fällen unnütz machen.

A. Abrashanow: «14 Fälle von hohem Steinschnitt».

Auf Grund der von ihm beobachteten 14 Fälle empfiehlt Autor diese Operation auf das Wärmste. Todesfälle hat er nicht zu verzeichnen.

N. Pissmenny: «Ueber die Roseola epidemica. — Rubeola». Nichts neues.

N. Ssaweljew: «Die Wandermilz und deren Behandlung»

Bei einem 4-jährigen Jungen, der Variola kurz vorher überstanden hat, constatirte Autor neben Symptomen einer Enteritis, eine Wandermilz. Das vergrösserte Organ lag in der Nabelgegend, war auf Druck schmerzhaft. Der Knabe klagte über starke Schmerzen in der betreffenden Gegend und litt fortwährend an heftigem Erbrechen. Die Therapie bestand zunächst in Behandlung des Darmcatarrhs, alsdann verabfolgte S. Euchinin in der Absicht eine Verkleinerung der hyperplasirten Milz herbeizuführen. Um nun die Milz wieder an die normale Stelle zu bringen und zu fixiren, wandte Autor eine Lagerungsbehandlung an. Der Knabe wurde auf den Rücken gelegt, die Milz an die normale Stelle gebracht und dort mit Hülfe eines Verbandes, analog denen, die bei Wanderniere zur Verwendung kommen, fixirt. Auf diese Weise erzielte Autor völlige Heilung. Ziemlich ausführlich bespricht Ssaweljew die Aetiologie und Pathogenese der Splenoptosis. Was die operative Behandlung anlangt, so spricht er sich eher für die Splenopexie, als für die Exstirpation des Organs aus.

W. Poljakow: «Appendicitis combinirt mit einer Staphylokokken-Pneumonie».

Casuistischer Beitrag. Beide Krankheiten setzten fast gleichzeitig ein.

W. Mlodsejewski: «Ein Fall von Carcinomatose des Magens, des Bauchfells und der Pleura bei einer 23-jährigen Frau».

N. Polubogatow-Halbreich: «Zur Frage der Cocainisirung des Rückenmarks bei chirurgischen Operationen».

Autor hat auf Veranlassung von Prof. A. Vogt am Moskauer pathologischen Institute experimentelle Untersuchungen an Hunden und Fröschen angestellt. Dieselben ergaben: Eine in den subarochnoidalen Raum des Lendentheils des Rückenmarks injicirte Kokainlösung verbreitet sich nach unten und nach oben, erreicht sogar in geringen Mengen das verlängerte Mark. Je mehr eingespritzt worden war, um so wahrscheinlicher ist es, dass die Medulla oblongata von der Lösung erreicht wird. Bei der Trendelenburg'schen Lagerung des Kopfes dringt die Kokainlösung höher ein, als bei horinzontaler Lage. Das Kokain dringt in die graue Substanz des Rückenmarks ein, auf dem Wege der Diffusion und der Osmose, auch auf Lymphwegen; Beweis hierfür: die Durchtränkung der Gewebe mit einer Methylenblaulösung, ferner das Aufhören der Strychninkrämpfe, da ja Strychnin bekanntlich nur auf die Zellen der Vorderhörner des Rückenmarks einwirkt.

Bei den gewöhnlichen Kokaindosen (0,005—0,01) werden die vom verlängerten Marke ausgehenden Nervenstränge nicht afficirt; bei grösseren Dosen jedoch, werden auch diese allmählich paralysirt. Die Analgesie nimmt gewöhnlich die hintere Hälfte des Stammes ein. An höher gelegenen Stellen ist die Schmerzempfindung nur herabgesetzt. Die Analgesie beginnt von der 2.—3. Minute, wächst rasch an und erreicht das Maximum nach 25—30 Minuten. Die Sensibilität schwindet von oben nach unten, erscheint wieder von unten nach oben. Die eintretende Analgesie nach Cocainisirung ist tiefer, als die bei der combinirten Narcose von Chloroform mit Morphium. (Untersuchungen mit dem Dubois-Raymond'schen Schlitten).

Der Tastsinn bleibt erhalten, wenn auch nicht in vollem Maasse. Der Kniereflex schwindet. Der Muskeltonus an den Hinterfüssen wird verringert. An allen inneren Organen der Bauchhöhle constatirt man eine Verminderung der elektrischen Schmerzempfindung von 11—12 Cm. auf 2—6 Cm. Schnitt, Aetzung, Stich sind ganz schmerzlos. — Die elektrische Reizung der Plexus solaris, Mesenterici infer. der Nn. splanchnici weist darauf hin, dass die Erregung dieser Nerven verringert ist, wobei die Nervenendigungen stärker betroffen sind, als deren Stämme.

Die Darmperistaltik ist bedeutend herabgesetzt. — An allen Organen der Bauchhöhle constatirt man eine bedeutende Anaemie. — Wird das Thier nach der Cocainisirung erstickt, so beobachtet man, dass die Erhöhung des Blutdruckes, die Dyspnoe und überhaupt das ganze Bild der Asphyxie weniger ausgesprochen ist, als unter normalen Verhältnissen. Man muss deshalb annehmen, dass die Leitung des Rückenmarks paralysirt oder wenigstens stark herabgesetzt ist. Ganz unzweifelhaft ist eine Steigerung des arteriellen und venösen Blutdruckes nach der Cocainisirung (trotz den Angaben von Tuffier und Hollion). Der Puls steigt dabei von 68 auf 108 in der Minute. Die von der Reizung der sensiblen Nerven ausgehenden Reflexe auf das Herz und auf die Gefässe werden abgeschwächt. Der Druck in der V. portae steigt ganz bedeutend. Eine Steigerung des Blutdruckes beobachtet man bei der directen Einführung von kleinsten Cocaindosen in's Blut (0,005-0,002). — Die Cocainisation des Rückenmarks wirkt paralysirend auf die in den hinteren Wurzeln verlaufenden Vasodilatatoren ein; die Vasoconstrictoren gewinnen die Oberhand — und es tritt ein Gefässspasmus ein. — Die Secretion von Lymphe aus dem Ductus thoracicus nimmt ab. Wird das entblösste Rückenmark mit Cocainlösung bestrichen, so beobachtet man sofort ein Spasmus an den Gefässen der Hirnhäute und der peripheren Schicht der weissen Substanz. Werden die Hinterstränge mit der Lösung betupft, so wird die Schmerzempfindung in der betreffenden Region aufgehoben; bestreicht man die hinteren Wurzeln der Nn. ischiadici bei deren Austritt aus dem Rückenmark, so tritt eine vollkommene Analgesie des betreffenden Nerven ein. — Unzweifelhaft dringt das Cocain auch in die Zellen der grauen Substanz der Hinterhörner ein und paralysirt dieselben. — Auf Grund seiner experimentellen Studien giebt Autor folgende Regeln zur Cocainisirung des Rückenmarks an: 1. Man soll nur ganz geringe Dosen anwenden, und nicht mehr, als 1 Ccm. Flüssigkeit. 2. Injiciren soll man langsam, um nicht einen starken Druck auf das verlängerte Mark auszuüben. 3. Leute mit kurzem Rumpf (Kinder namentlich) sollen nicht cocainisirt werden, weil hier die Gefahr, dass das Cocain rasch an das verlängerte Mark gelangen kann, gross ist. 4. Man soll nicht in der Trendelenburg'schen Lage operiren. 5. Ein schwaches Herz giebt keine Contraindication ab. 6. Wiederholte Injectionen in kurzen Intervallen werden ganz gut vertragen.

P. Preobrashenski: «Ein Fall von Tetanus bulbaris mit Autopsie».

Der Name «Tetanus bulbaris», der, wie Verf. behauptet ganz besonders gut gewählt ist, stammt von den Franzosen Die 51-jährige Frau hatte sich die Krankheit dadurch zugezogen, dass sie aus Versehen mit einem Nagel sich eine, kleine Risswunde am unteren Augenlide beigebracht hat. Es bestanden: Trismus, starke Spannung der Hinterhauptsmuskeln, tonische und clonische Krämpfe, die allmählich auch auf den Rumpf übergingen, am Tetanus waren alle motorische cerebrospinale Nerven betheiligt. Facialisparalyse fehlte ganz. Dagegen war die Augenmuskulatur auch afficirt. Bei der Autopsie fand Autor die Hauptveränderungen hauptsächlich in den Zellen des verlängerten — und des Rückenmarks; das Grosshirn war fast ganz intact.

W. Bogatschow: «Ein Fall von Myoklonie».

W. Serenin: «Ueber durch Eiterungen bedingte Lähmungen».

An der Hand von drei instructiven Krankengeschichten will S. beweisen, dass analog den Lähmungen bei Diphtherie und Typhus, auch bei Eiterungen periphere Lähmungen auftreten können.

P. Tanfiljew: «Ein seltner Fall von Erythromelalgie».

S. Pressmann: «Zur Behandlung der Aneurysmen mit subcutanen Gelatineinjectionen».

Es handelte sich um ein grosses Aneurysma des Arcus aortae und der A. anonyma bei einer 40-jährigen Patientin. Es wurden 10 Injectionen einer 2%-igen Gelatinelösung (von 175,0—220,0) innerhalb zweier Monate gemacht. Der Erfolg war ein glänzender. Irgend eine locale Reaction an der Injectionsstelle oder gar Abscessbildung hat Autor nie beobachtet. Wohl aber trat gewöhnlich eine allgemeine Reaction' auf in Form von Temperatursteigerung; in 5 Fällen trat auch nach der Injection vorübergehende Albuminurie ein. Die Patientin selbst fühlte eine grosse Erleichterung und, obgleich die Einspritzungen ihr grosse Schmerzen verursacht hatten, bat sie immer wieder um Wiederholung derselben. Der Erfolg nach den 10 Injectionen zeigte sich schon darin, dass Patientin ihre Kurzathmigkeit gänzlich verloren hatte, sie konnte wieder physisch arbeiten, konnte laufen und Berge steigen.

Abelmann.

Russkij Archiw Patologii, klinitscheskoi Mediciny i Bacteriologii.
Band XI, Heft 6. Bd. XII, Heft 1, 2.

V. Thébault: «Dypsorexie und Antietilin».

Mit dem Namen «Dypsorexie» bezeichnet bekanntlich der Autor das erste Stadium des Alkoholismus, wo noch keine pathologische Veränderungen an den Organen nachweisbar sind; dieses Stadium wird nur äusserst selten in den Hospitälern beobachtet; die betreffende Person hat ein bestimmtes Verlangen zu trinken und allmählich wird dieses Verlangen zu einem Bedürfniss, bei welchem der Wille absolut machtlos ist. Nur in diesem Stadium der Dypsorexie sollen die subcutanen Injectionen des bekannten Serums, des Antietilins wirksam sein. Das antialkoholische Serum wird bekanntlich vom Pferde erhalten, das mit aufsteigenden Dosen von Spiritus vorher behandelt worden ist.

Thébault behauptet in 60 pCt. aller seiner Fälle Erfolg gehabt zu haben, bei 15 pCt. trat eine eclatante Besserung ein und nur in 25 pCt. blieb der Erfolg aus.

L. Silberberg: «Ueber die direkte Theilung der rothen Blutkörperchen bei einigen Kaltblütern».

Die Beobachtungen des Autors erstrecken sich auf Siredon pisciformis und Rana esculenta. Unter dem Einflusse von Injectionen der Milzbrandbacillen sah er im Blute eine directe amitotische Theilung des Kerns und dann auch der Zelle selbst, was somit auf den regeneratorischen Charakter des amitotischen Processes hinweist. S. nimmt auf Grund seiner Beobachtungen die Möglichkeit eines direkten Ueberganges der Mitose in die Amitose an.

W. Stefanski: «Ueber die Tüpfelung der rothen Blutkörperchen bei der Malaria».

E. Hindess und A. Balardschew: «Ueber die desinficirende Kraft der löslichen Silberverbindungen, des Actol, Itrol, des Argentum colloidale Credé und des Collargolum».

Zunächst wurden Experimente mit Culturen der verschiedensten Mikroben angestellt (Staphylokokkus, Streptokokkus, Bac. anthracis et subtilis), alsdann mit inficirten Thieren und endlich wurden Beobachtungen an 13 Kindern (aus der Kiew'schen Klinik des Prof. Tschernow) die an Scharlach, Typhus, Erysipel und Lymphadenitis erkrankt waren, angestellt. Die Resultate waren durchaus nicht ermuthigend. Alle die oben genannten Präparate besitzen nur eine sehr geringe locale Desinfectionskraft: eine allgemein — desinficirende Kraft geht dem Collargol durchaus ab; dagegen müsse letzteres Mittel bei direkter Einführung in's Blut als starkes Gift angesehen werden.

D. Polumordwinow: «Ueber die Nissl'schen Körperchen der Nervenzellen».

W. Muratow: «Ein nosologischer Beweis des ursächlichen Zusammenhanges der progressiven Paralyse und der Syphilis».

Die aetiologische Abhängigkeit der Tabes und der progressiven Paralyse von der Lues wurde früher auf Grund statistischer Zusammenstellungen gebracht. Virchow verwarf diese Art von Beweisführung; er machte zur Bedingung den Nachweis von pathologisch-anatomischen Veränderungen in den Leichen von Tabetikern und Paralytikern, welche für die Syphilis charakteristisch sind, also namentlich die amyloide Degeneration. Dieses an sich richtige Princip muss nach Muratow dahin abgeändert werden, dass man zur Aufstellung der syphilitischen Aetiologie bei progressiver Paralyse den Nachweis verlangen müsse, dass die Syphilis des Nervensystems dieselben anatomischen Laesionen, welche für die Paralysen charakteristisch sind, erzeugen kann; es müssen sowohl klinische, als auch anatomische Uebergänge zwischen beiden Krankheitsformen gefunden werden. Einen solchen recht instructiven Fall beschreibt Autor ausführlich, und führt die makro- und mikroskopischen Befunde am Gehirn und am Rückenmark an. Zum Schluss seiner Arbeit stellt Autor folgende Thesen auf: 1. Im Verlaufe der Syphilis des Nervensystems können anatomische Veränderungen der Nerven und Ependym-Elemente und auch der Hirnhäute auftreten, die für die progressive Paralyse charakteristisch sind. 2. Rasch vorübergehende apoplektoide Anfälle können im Verlauf der Lues auftreten; diese Anfälle haben ihren Grund in der parenchymatösen Laesion der Rindenzellen und sind viel weniger beständig, als bei den syphilitischen Hemiplegien vasomotorischen Ursprunges; auch Anfälle von Jakson'scher Epilepsie können bei der Syphilis auftreten. 3. Die rasch vorübergehenden paralytischen Insulte der Syphilitiker können von übler Prognose werden: sie weisen auf den Beginn einer diffusen parenchymatösen Erkrankung des Gehirns hin. 4. Gehen die Erscheinungen der tertiären Syphilis Hand in Hand mit den klinischen und anatomischen Merkmalen der allgemeinen Paralyse, so beweist das durchaus den nosologischen Zusammenhang der progressiven Paralyse mit der syphilitischen Infection.

A. Broide: «Ueber die mechanische Behandlung des Anasarca und über den Chemismus der hydropischen Flüssigkeiten».

Die Arbeit stammt aus der Prof. Dehio'schen Hospitalklinik. Bekanntlich hat Dehio eine besondere Gummibinde mit einem Gummitrichter angegeben zum aseptischen Auffangen der aussickernden Flüssigkeit (siehe «St. Petersburger medicinische Wochenschrift» 1900). Autor führt nun 15 Krankengeschichten an, bei welchen die mechanische Behandlung des Hydrops mit der Dehio'schen Methode ausgeführt wurde, gleichzeitig beschäftigte er sich eingehend mit der chemischen Analyse der hydropischen Flüssigkeit. Näheres ist in den Tabellen nachzulesen. Das Resumé der Arbeit giebt Broide in folgenden Schlusssätzen: 1. Die mechanische Entfernung der hydropischen Flüssigkeit ist bei streng durchgeführter Asepsis und Antisepsis entschieden ungefährlich und giebt zu keinerlei Complication Veranlassung. 2. Es sollte deshalb diese Behandlungsmethode häufig angewandt werden. 3. Dieselbe soll nicht als ultimum refugium angesehen werden; denn je früher wir zu dieser Therapie greifen, um so besser sind die Erfolge. 4. Am einfachsten und ungefährlichsten hält Autor tiefe Scarificationen mit sofortiger Anlegung der Dehio'schen Gummibinde. 5. Die ödematösen Flüssigkeiten des Unterhautzellgewebes enthalten gewöhnlich weniger Eiweiss, als die Transsudate aus serösen Höhlen. 6. Dem specifischen Gewichte der Oedemflüssigkeit entspricht nicht immer eine gewisse Eiweissmenge. 7. Die durch Stauung entstandenen Oedemflüssigkeiten haben im Allgemeinen ein höheres specifisches Gewicht, als die in Folge von Hydraemie auftretenden. 8. Das specifische Gewicht entspricht nicht immer der Eiweissmenge. 9. Die Stauungsoedeme haben im Allgemeinen ein höheres specifisches Gewicht und enthalten mehr Eiweiss, als die hydraemischen Flüssigkeiten. 10. Oedematöse Flüssigkeiten, die weniger, als 0,1 pCt. Eiweiss enthalten, findet man gewöhnlich bei Nierenleiden, diejenigen Flüssigkeiten, welche grössere Eiweissmengen enthalten, sind cachectischer Herkunft, oder aber beruhen auf Stauungen. 11. Mit der Besserung des Befindens des Kranken steigt gewöhnlich die Eiweissmenge der Oedemflüssigkeit; geringer wird sie im Allgemeinen bei Eintreten von Verschlimmerung. 12. Nicht immer kann als Maass für die Eiweissmenge die Menge des Stickstoffes in der Oedemflüssigkeit gelten.

W. Lindemann: «Ueber die Functionsstörung des Herzens bei fettiger Degeneration des Myocards».

Zu seinen experimentellen Untersuchungen gebrauchte L. ein Stoff, das schon früher von ihm eingehend untersucht worden war, — das Pulegon, den wirksamen Bestandtheil des aetherischen Oeles der Flohkrautminze (Mentha pulegium); diese Substanz hat eine sehr geringe Herzwirkung und ist als Stoffwechselgift dem Phosphor gleichzustellen; nur sind bei der Pulegonvergiftung die degenerativen Veränderungen stärker ausgesprochen. Im Myocard wird niemals eine so massige Fettansammlung, wie beim Phosphor, beobachtet, dagegen zeigt eine jede fetthaltige Muskelzelle noch andere, meistens sehr tiefgehende Veränderungen, Verlust der Querstreifung, Zerfall des Chromatingerüstes im Kerne etc. Als Versuchsthiere hat L. Hunde verwendet, welche durch subcutane Injectionen von Oleum Pulegii vergiftet wurden. Man kann die Versuche in zwei verschiedene Gruppen trennen: solche, in welchen die Degeneration diffus über das ganze Myocardium der beiden Ventrikel sich verbreitet und auch in der Muscularis der Arterien nachzuweisen ist, und solche, wo dieselbe, dem Typus der gewöhnlichen Fettdegeneration des Herzens folgend, fast ausschliesslich den rechten Ventrikel und seine Papillarmuskeln betroffen hat. Die Vorhöfe sind bei der Pulegonvergiftung fast gar nicht betroffen. Der Blutdruck der vergifteten Thiere wurde einer wiederholten Messung unterworfen; ausserdem wurden verschiedene Eingriffe vorgenommen um die Herzarbeit zu steigern und auf diese Weise den Grad seiner Resistenzfähigkeit zu bestimmen (Ligirung der Aorta descendens, Erstickung oder Reizung centraler Stümpfe von sensiblen Nerven). Das Endergebniss der Untersuchungen war, dass unter bestimmten Verhältnissen auch durch die fettige Degeneration des Myocards Herzschwäche beobachtet werden kann, dass im Allgemeinen aber die Kraft des Herzens lange auf der normalen Höhe erhalten bleibt, wegen der nur theilweisen Betheiligung der Herzmuskulatur an dem krankhaften Processe, darauf ist auch höchst wahrscheinlich die Abwesenheit der Störungen des

Herzrythmus zurückzuführen. Bei dem nur local degenerirten Herzen sind sowohl der Blutdruck als auch die Resistenzfähigkeit des Herzens normal, eine Beeinträchtigung ist nur dann zu erwarten, wenn die Degeneration einen gewissen Grad übersteigt. Bei geringfügiger Herzverfettung wird gewöhnlich selbst ein Steigen des Blutdruckes beobachtet, wahrscheinlich in Folge einer Vasomotorenreizung.

W. Poljäkow: «Beobachtungen über Appendicitis».

Autor bringt 26 Fälle vor (aus der Moskau'schen Klinik); von diesen heilten 23 ohne operativen Eingriff bei der bekannten Opiumtherapie; in einem Falle wurde der Appendix resecirt und 2 Fälle endeten letal wegen allgemeiner Peritonitis. Autor erklärt sich als eifriger Anhänger der abwartenden Methode. Zum chirurgischen Eingriffe soll man sich entschliessen: 1) Wenn die Perferationssymptome ausgesprochen sind (Verschlechterung des Allgemeinbefindens, fortwährendes Erbrechen, ungleiches Verhältniss zwischen Puls und Temperatur, fortwährende diffus über den Leib verbreitete Schmerzen. 2) bei Diagnosticirung eines Abscesses oder einer localen Peritonitis und 3) in der attaquenfreien Periode, wenn die betreffende Person sich von dem Appendix befreien will.

S. Nalbandow: «Ueber die Pathogenese der Wirbelsäuleverkrümmung bei der Syringomyelie».

Autor hat einen ausgesprochenen Fall von Syringomyelie mit Verkrümmung der Wirbelsäule beobachtet und seine Diagnose bei der Autopsie bestätigt gefunden. Die Wirbelknochen wurden dann einer genauen chemischen und mikroskopischen Untersuchung unterzogen, dieselbe ergab zur Evidenz, dass es sich um einen degenerativen Process handele, also analog der Arthritis deformans. Die Meinungen über den Charakter des pathologischen Processes bei der Wirbelsäuleverkrümmung in Fällen von Syringomyelie gehen bekanntlich auseinander. Die Einen bringen diese Verkrümmung in Verbindung mit einer Erkrankung der umgebenden Gewebe, also der Muskulatur, die Anderen halten den Process in der Wirbelsäule für eine primäre trophische Knochenaffection. Autor führt alle Gründe an, weshalb er sich zur letzteren Meinung hinneigt.

W. Klimenko: «Zur Frage von dem Vorkommen von Eberth'schen Typhusbacillen im Urin während und nach dem Unterleibstyphus».

65 Fälle von Unterleibstyphus wurden auf diese Frage hin in eingehendster Weise untersucht. Ueber die Art der Ausführung der Versuche muss im Original nachgelesen werden. Hier wollen wir nur die Schlusssätze des Verf. angeben: Finden sich Typhusbacillen im Urin, so kann man ein Verschwinden derselben constatiren in 3—30 Tagen nach völligem Nachlassen des Fiebers; nur in äusserst seltenen Fällen lassen sich diese Bacillen noch ein Jahr lang im Urin nachweisen. 2. Der Harn jedes Typhösen muss als Ansteckungsherd angesehen werden, muss demnach sofort vernichtet werden. 3. Man kann auch solchen Kranken deshalb Mittel, die speciell auch antiseptisch auf die Harnwege wirken, verabfolgen. 4. Es wäre wünschenswerth den Harn der Typhusreconvalescenten auf die Anwesenheit von Eberth'schen Bacillen zu untersuchen, damit die nöthigen Maassregel getroffen werden können. 5. In seltenen Fällen kann die bacteriologische Untersuchung des Harns dunkle Fälle von Typhus abdominalis aufklären.

E. Glawtsche: «Zur Frage von der mercuriellen Angina».

Das eine solche vorkommt, geben jetzt viele Autoren zu G. beschreibt einen hiergehörigen recht instructiven Fall.

Abelmann.

Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnei. 1901. Nr. 5 und 6.

W. Beckmann: «Ueber Uteruscarcinom».

Verf. hat 437 Fälle von Uteruscarcinom beobachtet und 226 genauer analysirte Fälle der Betrachtung zu Grunde gelegt. Der Ausgangspunkt der Neubildung lässt sich in mehr als der Hälfte der Fälle nicht feststellen, zwei Mal sah B. ein Carcinom sich entwickeln im Anschluss an Erosionen. Bei $^3/_4$ aller Patientinnen treten Blutungen auf, nur bei 10 pCt. wurden diese vermisst. Ein constantes Symptom sind die Schmerzen, letztere sind bei den Recidiv-Kranken viel stärker, als bei den Nichtoperirten. Die Neubildung geht am häufigsten auf die Scheide über (55 pCt.), in 15 pCt. bildet sich eine Blasenscheidenfistel, in 5 pCt. Recto-Vaginalfistel. In zwei Fällen waren Ovarialcystome carcinomatös degenerirt. Zu den am meisten typischen Complicationen rechnet Verf. die chronisch uraemischen Zustände (Uebelkeit, Erbrechen, Kopfschmerz, Appetitlosigkeit, Apathie), welche durch Compression des Ureters durch carcinomatöse Infiltration entstehen. Sehr häufige Begleiterscheinungen sind Darmstörungen und Decubitus. An 26 Fällen hat Verf. die vaginale Radicaloperation ausgeführt, bei 18 trat. Recidiv ein. Ueber den Nutzen der palliativen Operationen spricht sich B. sehr ablehnend aus.

A. Alexandrow: «Ueber electrische Behandlungsmethoden bei Sexualleiden». Nr. 5.

Verf. hat vielfach den electrischen Strom per vaginam auf die afficirten Theile wirken lassen, worüber früher berichtet wurde. In diesem Aufsatz proponirt A. in Analogie mit der electrischen Behandlung der Darmatonie, eine Electrode in Form eines mit Kochsalzlösung gefüllten Gummitampons vom Rectum aus wirken zu lassen. Verf. hat vier Fälle behandelt. Am meisten angezeigt ist dieser Modus bei Virgines.

A. Kochanow: «Ueber das gleichzeitige Bestehen von Intra- und Extrauterinschwangerschaft». (Nr. 5).

Es handelte sich um eine rechtsseitige Tubargravidität im 2. Monat mit Ausgang in Tubenabort oder Ruptur. Laparotomie, wobei constatirt wurde, dass nebenbei noch intrauterine Schwangerschaft im 4. Monat besteht. Am 23. Tage post operationem erfolgte Abort danach Fieber und Resistenz links vom Uterus.

W. Mandelberg: «Ueber die Perineotomie sub partu» (Nr. 5 u. 6).

Als Ursache für den Dammriss gilt nach Ansicht Verf's Rigidität des Dammes, andererseits Schlaffheit des Beckenbodens, und schliesslich Enge der Schamspalte. M. führt den centralen Dammschnitt aus bei gegebenen Indicationen, die später genähte Wunde verheilt besser als eine Risswunde. Den seitlichen Incisionen ist der centrale Einschnitt vorzuziehen. 66 mal wurde die Perineotomie ausgeführt und zwar 62 mal bei Erstgebärenden von 1014.

S. Cholmogorow: «Ueber den Cervixkrebs bei Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett und über den Kaiserschnitt mit Exstirpation des Uterus». (Nr. 6).

32-jährige Frau, VIII gravida, litt während der Schwangerschaft an Blutungen, die Portio vagin. war in eine höckerige harte Geschwulst umgewandelt, die Infiltration erstreckte sich auf das rechte Scheidengewölbe: der Muttermund war für einen Finger passirbar, aber nicht dehnbar. Die Schwangerschaftszeit ist nicht angegeben. Kaiserschnitt mit Längsschnitt, Exstirpation des Uterus, Gewicht des macerirten Kindes 1950, Die Reconvalescenz wurde durch einen Blasencatarrh und einen Lungencatarrh in die Länge gezogen.

P. Michin: «Zur Frage über die Bacteriologie der Gebärmutterhöhle und der Eileiter bei Frauen in nicht schwangern Zustande». (Nr. 6).

M. hat 50 Fälle untersucht an Präparaten die mittels Operation gewonnen wurden. In 20 Fällen wurden Microben gefunden, davon nur 2 mal aus der Gebärmutterhöhle. In 18 Fällen wuchsen die Microben in Culturen bei Anwesenheit von Sauerstoff (13 mal aus den Eileitern, 4 mal aus der Uterushöhle, ein Mal aus beiden). Es wurden folgende Species gefunden: Micrococcus albicans tardissimus, micrococcus aurantiacus, Staphylococcus cereus flavus et albus, bacillus dentriticus, Staphylococcus pyogenes albus, micrococcus candicans etc. M. beschreibt in Kürze jeden Fall und giebt einige recht anschauliche pathologisch-anatomische Zeichnungen.

A. Dallinger: «Einige Betrachtungen über die operative Behandlung des Gebärmutterkrebses». (Nr. 6).

Verf. hat unter 128 Carcinomen des Uterus 31 operirt, d. h. die vaginale Totalexstirpation gemacht mit 4 Todesfällen. Besprechung der Literatur. Verf. schickt der Exstirpation die Auskratzung und die Behandlung mit dem Thermocauter voraus, dann eröffnet er das hintere scheidengewölbe, Umstechung der seitlichen Partieen etc. Seitliche Fixirung der Stümpfe jederseits und Tamponade.

Lingen.

Довв. цевз., Спб., 27 Октября 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke Katharinenh. Pr. № 15.

Revue der Russischen Medicinischen Zeitschriften.

№ 11 u. 12. Beilage zur „St. Petersburger Medicinischen Wochenschrift". 1901.

RUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITSCHRIFTEN.

Archiw psichiatrii, neirologii i ssudebnoj psichopatologii (Archiv für Psychiatrie, Neurologie u. gerichtl. Psychopathologie).
Bolnitschnaja gaseta Botkina (Botkin's Hospitalzeitung).
Chirurgia (Chirurgie).
Djetskaja Medizina (Pädiatrische Medicin).
Jeshenedjelnik (Wochenblatt).
Ljetopijss russkoi chirurgii (Annalen der russisch. Chirurgie).
Medizina (Medicin).
Medizinskoje obosrenje (Medicinische Rundschau).
Medizinskija pribawlenija k morskomu sborniku (Medicinische Beilagen zum Marine-Archiv).
Russkij Archiw Patologii, klinitscheskoi Mediziny i Bacteriologii (Russ. Archiv für Pathologie, klin. Medicin u. Bacteriologie).
Shurnal akuscherstwa i shenskich bolesnej (Journal für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten).
Westnik oftalmologii (Zeitschrift für Ophthalmologie).
Westnik klinitscheskoj i ssudebnoj psichiatrii i neiropatologii (Zeitschrift für klinische und gerichtliche Psychiatrie und Neuropathologie).
Westnik obschtschestwennoj gigieny, ssudebnoj i praktitscheskoj mediziny (Zeitschrift für öffentliche Hygiene, gerichtliche und praktische Medicin).
Wojenno-medizinskij shurnal (Militär-medicinisches Journal).
Wratsch (Der Arzt).

Djetskaja Medizina 1901. Nr. 3 und 4.

P. I. Fedorow: «Zur Frage der Masernrecidive». (Nr. 3).

Nach Ansicht der meisten Autoren verleihen einmal überstandene Masern dem Organismus Immunität fürs ganze Leben und gehöre wiederholtes Erkranken an Masern zu den grössten Seltenheiten. Comby, Ausset und einige andere verneinen überhaupt derartige Möglichkeit. Die Franzosen machen nun einen feinen sprachlichen Unterschied, indem sie unter «la récidive» ein vollkommen neues Erkranken an einer bereits durchgemachten Infectionskrankheit verstehen, während sie mit la «la rechute» einen Rückfall derselben Krankheit noch während der Reconvalescenz bezeichnen. Recidive ersterer Art seien nun bei Masern äusserst selten, während Rückfälle letzterer Art mehrfach beobachtet und beschrieben worden sind. Sie treten bei Masern in der Periode zwischen dem sechsten und 60-sten Erkrankungstage auf. Auch der vom Verf. beobachtete Fall gehört zu den letzteren.

Der 5-jährige Pat. macht recht heftige Masern durch, die begleitet waren von einer starken, croupähnlichen Laryngitis. Dieselbe verlor auch nach der Entfieberung und dem Abblassen des Exanthems nicht ihren quälenden Character, sondern dauerte fort, bis am 16-ten Erkrankungstage von Neuem Prodromalsymptome der Masern auftraten. Das zweite Mal war das Exanthem weniger intensiv, blasste schneller ab, ebenso wie auch die Entfieberung schneller erfolgte. Verf. glaubt nun in der lange andauernden Laryngitis einen Anhaltspunkt zu besitzen das Recidiv einer Autointoxication zuschreiben zu dürfen.

Die leider nicht während der ganzen Krankheitsdauer durchgeführte Blutuntersuchung bei dem erwähnten Pat. zeigte, dass sowohl am ersten Tage der ersten Maserneruption, als auch am ersten Tage der zweiten Eruption die Zahl der weissen Blutkörperchen erheblich vermindert war.

D. Th. Rumjanzew: «Ein Fall von Arthritis gonorrhoica des Talocruralgelenks». (Nr. 3).

Bei dem 6 Jahre alten Mädchen fanden sich in dem eitrigen Ausfluss der Vagina Gonokokken.

Die heftig aufgetretene Arthritis heilte vollständig innerhalb zweier Wochen unter einem Gypsverband.

D. G. Ssemtschenko: «Zur Frage der Contagiosität der Diphtherie». (Nr. 3).

Der Werth von Praeventivimpfungen gegen Diphtherie kann nur dann richtig bemessen werden, wie es von Treyer erwähnt wurde (vergl. das Ref. in Nr. 10 der Revue russ. Zeitschr. von 1900), wenn der Indicator der Contagiösität der Diphtherie bekannt sein wird, d. h. wenn genaue Beobachtungen darüber vorliegen werden, wie weit sich die Krankheit ausbreitet sich selbst überlassen. Heutzutage sind nun solche Beobachtungen schwierig anzustellen, weil es nur äusserst selten vorkommen wird, dass beim Aufflackern von Diptherieerkrankungen nicht auch sofort Gegenmassregeln ergriffen werden.

Nun verfügt Ssemtschenko gerade über ein kleines Beobachtungsmaterial aus seinem Asyl für Findlinge der Kasanschen Gouvernementslandschaft, welches er kurz mittheilt:

1) In der Abtheilung für ältere Kinder — es befinden sich daselbst Kinder von 6—20 Jahren — erkrankten vor einigen Jahren ziemlich gleichzeitig drei Zöglinge im Alter von 6—7 Jahren an Diphtherie. Da die Erkrankung nicht als solche anerkannt wurde von zuständiger Seite, blieben die Kinder im Asyl; zwei derselben mussten jedoch am 4. resp. 5. Tage in ganz desolatem Zustande ins Hospital gebracht werden, wo sie auch starben. Keinerlei Vorsichtsmassregeln wurden trotzdem ergriffen, die Pflege der Kranken wurde von einer Person besorgt, die circa 50 gesunde Kinder gleichzeitig unter ihrer Obhut hatte, trotzdem erfolgten unter den 130 übrigen Kindern keinerlei weitere Erkrankungen.

2) Im Jahre 1898 kamen innerhalb 4—5 Wochen in der Abtheilung für jüngere Kinder, die hier im Alter von einigen Tagen bis zu 6 Jahren vorhanden waren, 32 Diptherieerkrankungen vor. Die Diagnose wurde bacteriologisch bestätigt. Eine Isolation der gesunden von den kranken Kindern wurde erst gegen Ende der Epidemie vorgenommen, wobei die übrigbleibenden 45 gesunden Kinder in drei Räumen placirt wurden, die bis dahin von ihnen gemeinsam mit den kranken eingenommen wurden. Obwohl die Pflege der Kranken von der Vorsteherin besorgt wurde, die in ewigem Connex mit den gesunden blieb, so erfolgten doch keine weiteren Erkrankungen unter den zusammen mit dem Ammen- und Wartepersonal 400 Personen zählenden Bewohnern dieses Asyls.

3) Im vorjährigen Herbste erkrankten 5 Kinder an follikulärer Angina, bald darauf trat eine Masernepidemie im Asyl mit 40 Krankheitsfällen auf, davon wurden 8 Kinder gleichzeitig von einer membranösen Angina und einige davon wieder von einer Larynxstenose befallen, die zwei mal zu Tracheotomie führte. 6 Kinder erkrankten an Larynxstenose in der Reconvalescenz. Wenn nun diese letztere Krankheitsbilder auch für Diphtherie gehalten werden sollten, so fanden sich auf 146 Kinder 14 Erkrankungen.

Wie aus dem oben angeführten ersichtlich, wurden im genannten Asyl keinerlei Hindernisse für ein Umsichgreifen der Diptherie in den Weg gestellt, und erfolgte nach Ansicht des Verf. jedesmal ein Erlöschen der Epidemie aus dem Grunde, weil sie keine weiteren zur Erkrankung disponirten Individuen vorfand. Die Beobachtungen Verf.'s sind nun in gewissem Sinne geeignet die Contagiosität dieser Infectionskrankheit zu illustriren.

T. P. Krassnobajew: «Bericht über die Thätigkeit der chirurgischen Abtheilung am Moskauer Stadtkinderhospital des hl. Wladimir im Jahre 1900». (Nr. 3).

Auch dieser Bericht illustrirt wie die vorhergehenden die rege Thätigkeit genannter chirurgischer Abtheilung.

W. Shukowski: «Ein Fall familiärer Rachitis». (Nr. 3).

Verf. berichtet über die Familie eines Petersburgers Portier, bei welchem alle 8 Kinder von Rachitis befallen waren. Das jüngste Kind, welches S. genauer beobachtet hatte, bot trotz

guten Allgemeinbefindens — im dritten Monate erfolgte der erste Zahndurchbruch, im vierten machte es schon Versuche sich aufzurichten und im fünften soll es sogar angefangen haben, Sprachversuche zu machen — allmählich zunehmende Craniotabes und Verdickung der Rippenknorpel.

A. Kissel: «Ein Fall von acuter haemorrhagischer Nephritis bei einem 11-jährigen Knaben. Tod. Autopsie». (Nr. 3).

Der 11 jährige Knabe erkrankte acut unter Husten, Schnupfen und leichtem Fieber und 3 Tage darauf wiesen auftretende Oedeme und Haematurie auf ein Befallensein der Nieren hin. In der dritten Krankheitswoche erfolgte ein uraemischer Anfall und am Anfang der vierten Woche starb der Pat. unter den Erscheinungen einer Herzlähmung. Vor 2 Jahren hatte Pat. Scharlach ohne nachfolgende Nephritis durchgemacht, so dass im gegebenen Falle keine Anhaltspunkte für eine Scharlachnephritis ohne vorhergehendes Exanthem gegeben waren, auch blieben alle Kinder, die mit dem Pat. in Berührung gekommen waren gesund. Die Erscheinungen von Seiten der Respirationsorgane zu Beginn der Erkrankung waren ganz vorübergehender Natur, so dass K. auch eine Influenza ausschliessen möchte und geneigt ist, den Fall für eine idiopathische haemorrhagische Nephritis zu halten, die recht selten zur Beobachtung kommt.

A. Kissel: «Ein Fall von acuter haemorrhagischer Nephritis bei einem 7-jährigen Mädchen». (Nr. 3).

Die Aetiologie des beobachteten Krankheitsfalles blieb unbekannt. Bei vollständigem vorhergehenden Wohlsein des Mädchens brachen ziemlich plötzlich Oedem des Gesichts und Haematurie und Albuminurie auf. Sehr rasch schwanden wieder die pathologischen Erscheinungen und innerhalb 2 Wochen war Pat. wieder vollständig hergestellt.

N. A. Steinhaus: «Ein Fall von Cephaloma». (Nr. 3).

Das 7 Tage alte Kind, welches zu St. in die chirurgische Abtheilung des Kinderhospitals in Irkutsk gebracht wurde war mit einer Geschwulst oberhalb des inneren Winkels des linken Auges geboren, welche in den ersten Lebenstagen stetig an Umfang zunahm. Die 7 cm. breite, 5 cm. hohe, Geschwulst mit einem Umfang von 17 cm. bildet einen Hautsack der unter der Glabella links von der Mittellinie beginnt, die linke Nasenhälfte comprimirt, so dass durch diese Nasenhälfte die Athmung behindert ist, und das linke Auge bedeckt. An der Basis der Geschwulst bietet die Haut nichts Abnormes, wird jedoch auf der Geschwulst selbst immer dünner mit injicirten, gedehnten Capillaren; der Tumor ist bei durchgehendem Lichte transparent. Beim Schreien des Kindes und beim Husten spannen sich die Wände des Tumors an. An der Basis der Geschwulst ist ein Knochendefect nur undeutlich herauszupalpiren.

Verf. unternahm unter Chloroform die Operation. Nachdem der Hautsack längs durchschnitten war, entleerte sich aus demselben viel Flüssigkeit, am Boden des Tumors ist ein Knochendefect vorhanden der den kleinen Finger in die Schädelhöhle hereinführen lässt, man bemerkt die Hirnhäute die sich hier vorwölben, aber keine Hirnsubstanz. Der Boden und die Wände des Geschwulstsackes sind bedeckt mit drüsigen Gebilden von Erbsen- bis Bohnengrösse, von welchen einige an einem dünnen Stiel sitzen. Verf. entfernte nun den grössten Theil dieser Tumoren und stillte die starke parenchymatöse Blutung durch Compression. In Anbetracht aber der Vermuthung einer hier vorliegenden malignen Geschwulstbildung sowohl, als auch der dünnen Schädeldecken wegen nahm Verf. davon Abstand den Knochendefect osteoplastisch zu decken. Die Hautwunde wurde vernäht und heilte per primam.

Allein einen Monat später wurde das Kind von neuem mit einer schnell wachsenden, taubeneigrossen Geschwulst an dem inneren Winkel des rechten Auges gebracht; Verf. operirte dieses Mal ohne Narkose, konnte jedoch die stark blutende in die Schädelhöhle hereinragende Neubildung nur theilweise durch Auslöffelung entfernen; das Kind verlor viel Cerebrospinalflüssigkeit, die auch später den Verband stets durchfeuchtete. 7 Tage port operationem starb das Kind an eitriger Meningitis.

Die mikroscopische Untersuchung der Geschwulst ergab, dass man es hier mit einem cavernösen Lymphangiosarcoma, ausgehend von den Gehirnhäuten, zu thun hatte.

N. Filatow: «Ueber Pyelitis und harnsaure Diathese im Kindesalter». (Nr. 4).

Eine Reihe von klinischen Vorlesungen über das obengenannte Thema bildet den Stoff vorliegenden Aufsatzes. Im Anschluss an einen Fall acut auftretender Pyelitis bei einem 10-jährigen Mädchen, bespricht F. eingehender die aetiologischen Momente, welche eine Pyelitis selbstständig hervorrufen können, indem er die an anderer Stelle näher besprochenen Pyelocystitiden (vergl. Vorlesungen, I Lieferung) hier ausser Acht lässt.

Im Kindesalter wird nach Filatow's Ansicht am häufigsten eine primäre Pyelitis wohl auf traumatischem Wege entstehen, und zwar durch die Ausscheidung von Harngries. Noch lange, ehe irgendwelche direkte Symptome seitens der Nierenbecken zur Beobachtung kommen, bietet der Harn bereits einige Anomalieen, die sich in erhöhtem specif. Gewicht und mehr oder minder stärkeren Niederschlag von Harnsäurekrystallen äussern. Späterhin findet man im Urin bereits Symptome von Nierenbeckenreizung: Spuren von Eiweiss (0,02—0,03 pCt.), Leukocyten und rothe Blutkörperchen. Namentlich Beimengungen von Blut sind recht charakteristisch für eine Reizung der Nierenbecken und sind dieselben nicht constant vorhanden, sondern treten dazwischen nach recht grossen freien Intervallen auf. Gewöhnlich sind dem blutigen Urin Nierenkoliken vorhergegangen. Verf. möchte überhaupt darauf hinweisen, dass wenn kolikähnliche Schmerzen bei einem Pat. vorhanden sind, ohne das seitens des Intestinaltractus etwas abnormes vorzuliegen scheint, man den grössten Grund hat an Pyelitis resp. Harngries zu denken. Im weiteren Verlauf genannter Erkrankung gesellt sich zum Urin reichliche Beimengung von Eiterkörperchen, es können dabei febrile Temperatursteigerungen zur Beobachtung kommen. Druckempfindlichkeit der Nierengegend, Reizung der Harnblase, welche sich durch Drang und Schmerzen bei der Miction dokumentiren. Auf diesem aetiologischen Grunde entstandene Pyelitiden sind meist langwierig, denn obwohl bei geeigneter Therapie und rationeller Diät sämmtliche Krankheitserscheinungen nach 3 bis 7 Wochen zum Verschwinden kommen, so ist doch ein Wiederaufflackern des ganzen Processes höchst wahrscheinlich, lässt man nicht ausser Acht das aetiologische Moment, die harnsaure Diathese.

Die harnsaure oder arthritische Diathese des Kindesalter hat bisher nicht die verdiente Würdigung erfahren, obgleich sie ungemein häufiger, als man es denkt, die Ursache verschiedentlicher allgemeiner Krankheitssymptome ist.

Obgleich die arthritisch veranlagten Kinder bisweilen auch von blühendem Aussehen sein können, so hat man doch meistens es mit blutarmen, mageren, welken Individuen zu thun, die an häufigen Kopfschmerzen und Obstipationen leiden und meist in der Privatpraxis, wo sie ein recht grosses Contingent liefern, unter die Anaemiker gezählt werden. Anamnestisch kann nun bei vielen anaemischen Kindern eruirt werden, dass sie nahe Verwandte, die an Podagra leiden, besitzen; und eine Analyse des Urins erzielt dann, dass derselbe sehr sauer, specifisch schwer ist und reichlich Harnsäure enthält. Bei sorgfältiger Beobachtung entgeht es dann nicht, dass häufig sich auch Harnsand im Urin vorfindet.

Von Symptomen, welche eine diesbezügliche Harnuntersuchung zu veranlassen geneigt sind, wären an erster Stelle nervöse Erscheinungen zu nennen. Häufig auftretendes Kopfweh von Migränecharakter, schnell vorübergehende Kopfschmerzen von 3 bis 5 Minuten Dauer, mehrmals am Tage auftretend, seien für die harnsaure Diathese recht charakteristisch. Dabei wird bei den Kindern noch häufiger Stimmungswechsel, Gereiztheit, unruhiger Schlaf beobachtet. Sowohl die genannten Symptome, als auch die folgenden treten meist paroxystisch auf, was gerade für Podagra charakteristisch ist. Zu nennen sind noch folgende Erscheinungen: unbestimmte Schmerzen in den Extremitäten ohne strenge Localisation, periodisches heftiges Erbrechen, arthritisches Fieber, in seinem Auftreten an intermittens quotidiana erinnert, dabei aber zum Unterschiede von Malaria ein Fehlen der Milzschwellung, Fehlen von Plasmodien und keine Beeinflussung durch Chinin und Arsen. Endlich werden noch beobachtet Anfälle von Asthma, Kolikschmerzen, Dysurie, Incontinentia urinae nocturna, Prurigo und chronische Eczeme.

Um auf die Aetiologie der Pyelitiden zurückzukommen, seien an zweiter Stelle diejenigen Pyelitiden zu nennen, welche bei Kindern nach anhaltenden Diarrhoeen, resp Obstipationen beobachtet werden. Die Pathogenese dieser Gruppe ist noch nicht ganz aufgeklärt, doch gelangen vermuthlich in dem einen Falle aus dem Darm durch Aufsaugung Toxine in die Blutbahn, welche im Nierenbecken eine Reizung verursachen, im andern Falle seien ins Nierenbecken gedrungene Mikroben die Ursache einer Pyelitis, wie es von Baginsky gelegentlich der Colipyelitis und Colicystitis bereits beschrieben worden ist.

Drittens, komme tuberkulöse Pyelitis vor, die eine zeitlang ohne Nephtritis verlaufen könne; dann seien noch die Pyelitiden im Anschluss an Cystitiden zu nennen, die leicht heraufsteigend zur Pyelonephtritis führen. Und endlich möchte Verf. noch eine Gruppe von idiopathischen Pyelitiden aufstellen, die aus gänzlich unbekannten Gründen entstehen.

Auch der von F. in der Arbeit mitgetheilte Fall gehöre zu letzteren.

Zum Schlusse bespricht Verf. noch eingehend die Therapie der Pyelitiden und der harnsauren Diathese nach den augenblicklich herrschenden Gesichtspunkten.

W. A. Wirschillo: «Der Einfluss von Schmandbutter auf die Magensaftsecretion». (Nr. 4).

Die gute Verdaulichkeit der Kuhbutter ist ja bekannt, und da hat nun Verf. an 5 Kindern im Alter von 10 bis 14 Jahren experimentelle Untersuchungen angestellt, wie weit sie die Magensaftsecretion beeinflusst und die verdauende Kraft des Magensaftes alterirt. Bei den 5 Kindern wurden folgende Untersuchungen angestellt; zunächst bekamen sie auf nüchternen Magen ein Probefrühstück bestehend aus 250—400 gr. Milch und Verf. prüfte nach $1^1/_2$ Stunden die Acidität des Magensaftes mittels der Titrirmethode mit $^1/_{10}$ Normalnatronlauge und Phenolphtalein, alsdann forschte er nach der vorhandenen freien und gebundenen HCl nach der Methode von Töpfer, und prüfte nach den Angaben von Mett den Pepsingehalt und die verdauende Kraft des Magensaftes. Dieselben Untersuchungen unternahm auch W. bei denselben Kindern nach einer Verdauungsdauer von $2^1/_2$ Stunden, und um den Einfluss der Butter zu erkennen wurden dieselben Prüfungen fernerhin unternommen in beiden genannten Zeitintervallen nach Verabreichung von einer Probemahlzeit, bestehend aus demselben Quantum Milch und 8 gr. Kuhbutter.

Jede Versuchsreihe umfasst nur 5 Magensaftuntersuchungen, doch meint Verf. daraus einige brauchbare Schlüsse zu ziehen, und zwar folgert Verf., dass 1) die Kuhbutter quantitativ die Absonderung von HCl und Pepsin im Magensaft vermindere; 2) der hemmende Einfluss der Schmandbutter auf die Absonderung des Magensaftes im Anfange der Secretion ein geringerer ist, als später; 3) die Eiweisspeptonisirung unter Einwirkung von Butter eine ausgiebigere ist; 4) die secretorische Thätigkeit der Magendrüsen unter dem Einflusse der Butter sich vermindere, dabei aber zeitlich nicht länger dauere, als ohne Einnahme von Butter. Zu Beginn der Verdauung stört gleichsam die Butter auf eine uns unerklärliche Weise, offenbar dank ihren chemischen und physikalischen Eigenschaften, die Verbindung der secernirten HCl mit den Eiweisskörpern, dagegen geht aber nach $2^1/_2$ Stunden die Verdauung bedeutend besser vor sich, da die Speise offenbar für ihre Verdauung viel weniger HCl und Pepsin nöthig hat, der Magen somit eine viel geringere Arbeit zu vollbringen hat.

Verf. möchte der Kuhbutter eine hervorragende Stelle in der Ernährung der Kranken einräumen, dank ihrer guten Verdaulichkeit, ihres guten Geschmackes und ihres hohen Nährwerths wegen, so dass dieselbe geeignet ist den Leberthran zu ersetzen.

W. Shukowski: «Neuntägige Beobachtung der physischen Entwicklung von Drillingen». (Nr. 4).

Die Drillinge — ein Mädchen und 2 Knaben — waren alle drei ziemlich gleichmässig entwickelt und hatten Gewichte von 2150, 2030, 1890 Gramm; die beiden Knaben zeichneten sich durch Hypotermie aus und mussten 8 Tage lang in einer Couveuse gehalten werden. Sämmtliche Kinder konnten kräftig saugen, und wurde die Mutter mit drei lebenden Kindern am neunten Tage nach der Geburt aus der Gebäranstalt ausgeschrieben. Die Mutter klagte, dass sie trotz reichlichen Milchgehalts ihrer Brustdrüsen, doch nicht genug Milch für ihre drei Kinder besitze, und solches wird wohl auch der Grund dafür gewesen sein, dass das schwächichste der Kinder zwei Wochen nach der Geburt einging.

L. J. Slesinger: «Ueber Cerebrospinalmeningitis und die Behandlung derselben mit heissen Bädern». (Nr. 4).

Casuistischer Beitrag dreier Fälle von epidemischer Cerebrospinalmeningitis, welche ziemlich heftig einsetzten, durch frühzeitig angewandte heisse Bäder aber äusserst günstig beeinflusst wurden und in Heilung übergingen.

M. W. Achmetjew: «Ein Fall von Bronchitis fibrinosas. pseudomembranacea bei einem 12jährigen Mädchen. Tod». (Nr. 4).

Der mitgetheilte Fall gehört zu den selteneren Vorkommnissen in der paediatrischen Praxis. Das 12 Jahre alte Mädchen, welches bis dahin vollkommen gesund war, erkrankte plötzlich unter heftigem Husten und hohem Fieber. Am vierten Krankheitstage wurde es ins Hospital aufgenommen und bot neben den Symptomen einer äusserst schwachen Herzthätigkeit, eine Lungenblähung mit viel fenchtem, mittelblasigem Rasseln. Der Husten war quälend, trocken, keine Expectoration, es bestand starke Athemnoth und Cyanose, sämmtliche respiratorische Hilfsmuskeln waren in Thätigkeit. Nach Verabreichung von Coffein, wurde die Herzthätigkeit um geringes am zweiten Tage des Aufenthaltes im Hospital besser, jedoch nur vorübergehend, um am draufolgenden Tage wieder stark zu sinken. Eine Pneumonie konnte nicht nachgewiesen werden und blieb die Diagnose unaufgeklärt, bis am sechsten Tage der Hospitalbehandlung unter heftigem Hustenparoxysmus etwas schleimig-eitriger Auswurf expectorirt wurde, in welchem ein baumförmig verästeltes, weisses Gerinnsel, den Ausguss eines Bronchus mittlerer Grösse darstellend, ausgehustet wurde. Mikroscopisch konnten in diesem Gerinnsel Kokken und Diplokokken, aber keine Löfflerbacillen entdeckt werden. Obgleich nach diesem Hustenanfall es der Kranken vorübergehend besser wurde, so verschlimmerte sich doch der Zustand des Herzens und am 12. Krankheitstage starb sie unter den Erscheinungen der Herzlähmung.

Bei der Section fand sich in den Lungen stellenweise interstitielles Emphysem, an der Lungenoberfläche mehrere kleine atelektatische Bezirke; die Schleimhaut der Bronchien beider Lungen war stark injicirt, röthlich bis blauroth und war bedeckt durch reichhaltiges schleimig-eitriges Secret. In der linken Lunge konnte im Bezirke eines mittelgrossen Bronchus cylindrische Bronchektasie constatirt werden. Nirgends fanden sich Pseudomembranen.

A. Kissel: «Ein Fall von hereditärer Rachitis (mit osteomalacischen Erscheinungen) bei einem 1 Jahre 2 Monate alten Kinde». (Nr. 4).

Anamnestisch wurde vom Verf. in Erfahrung gebracht, dass der Vater des mit schweren Symptomen der Rachitis in die Behandlung Verf.'s gekommenen Kindes gleichfalls in seiner Kindheit an englischer Krankheit gelitten hat und erst mit 4 Jahren das Gehen erlernt hatte. Aus diesem Grunde meint nun K., dass hier eine Vererbung der rachitischen Anlage nicht ausgeschlossen werden könne, zumal die übrigen Lebensbedingungen nicht die schlechtesten gewesen sind. Das Kind wurde von seiner gesunden, kräftigen Mutter bis zu einem Jahre mit der Brust ernährt, freilich nebenbei bereits vom dritten Lebensmonat etwas beigefüttert. Die hygienischen Bedingungen waren aber auch nicht die glänzendsten, indem die Familie in enger, feuchter Wohnung hauste, die wohnlichen Verhältnisse aber nicht schlechter waren als bei vielen anderen Familien, die rachitisfreie Kinder besitzen. Von den 5 Geschwistern waren einige rachitisch in den ersten Lebensjahren.

A. Kissel: «Ein Fall von Somnambulismus bei einem 6jährigen Mädchen». (Nr. 4).

Das blasse, nervöse, ängstliche Kind besitzt einen Vater, der früher Alkoholmissbrauch getrieben. Die Grossväter beiderseits waren Alkoholiker, die Grossmutter väterlicherseits litt an Epilepsie. Verf. lernte Pat. kennen, als sie bereits über ein Jahr nächtlich wandelte, am Anfang der Erkrankung nur einmal wöchentlich ungefähr, späterhin jedoch sogar mehrmals in einer Nacht. Nachdem K die Ernährung des Kindes geregelt und therapeutisch Brom verordnet hatte, besserte sich der Somnambulismus, wich jedoch nicht ganz.

F. Rumjanzew: «Zur Casuistik der Complicationen der Ohrläppchendurchstechungen». (Nr. 4).

Die Operation der Ohrläppchendurchstechung zum Tragen von Ohrringen wird meistens von Laien vorgenommen und deshalb sind auch häufig Complicationen zu beobachten, wie Eczeme, Lymphadenitiden, Erysipelas und dgl., verursacht durch die Benutzung von Instrumenten fraglicher Güte. Bei dem Mädchen, welches Verf. zu Gesichte bekam waren an den Ausgängen des Stichkanals beider Ohrläppchen fibroide, gestielte Geschwülste gewachsen, die operativ entfernt wurden und aus einem fasrigen Gewebe mit wenig zahlreichen sternförmigen Zellen bestanden.

Hecker.

Ljetopjiss russkoj Chirurgij. Bd. V, Heft 6—Bd. VI, Heft 5.

K. Ssapeshko. «Zur Magenchirurgie. Das ulcus ventriculi und seine Complicationen. Die Y-Gastroenterostomie

bei narbiger und krebsiger Stenose des Pylorus. Bd. V, Heft 6 und Bd. VI, Heft 1.

In der sehr ausführlichen und lesenswerthen Arbeit berichtet S. über seine an einem reichhaltigen Materiale gewonnenen Erfahrungen in der Magenchirurgie. Es würde den Rahmen eines Referates überschreiten, wollte man in Kürze den Inhalt der Arbeit wiedergeben. Hier sei nur auf einige Punkte aufmerksam gemacht. Sehr auffallend ist in dem Materiale S.'s die grosse Zahl der gutartigen Stenosen. Unter 100 Pylorusstenosen waren nur 10 durch Krebs bedingt. Unter den zahlreichen Methoden der Gastroenterostomie bevorzugt S. die hintere Y-Gastroenterostomie nach Roux, die ihm gute Resultate (8,3 pCt. Mortalität) gegeben hat. Das Wiederauftreten der Beschwerden nach einer Gastroenterostomie hängt nach S. hauptsächlich von einer nachträglichen Verengerung der Magendarmfistel ab. Daher schneidet er den Dünndarm schräg durch, um ein grosses Lumen zu erzielen und näht nicht fortlaufend, sondern gebraucht Knopfnähte.

In der Arbeit sind zahlreiche Krankengeschichten in den Text eingefügt.

J. Grekow. «Ueber postoperative Psychosen». (Bd. 6, Heft 1).

In G.'s Falle trat die Psychose am 10. Tage nach einer Herniotomie auf, die unter Localanästhesie mit Eucain ausgeführt wurde.

R. Wreden. «Ueber die Localanästhesie in der Bauchchirurgie». (Heft 1. 1901).

W. empfiehlt zur Anästhesirung der Bauchdecken eine 1procentige Cocainlösung. Da jedoch die Manipulationen an den Eingeweiden damit nicht schmerzlos werden, giebt er Morphium subcutan. Die Combination von Cocain mit Morphium gestattet grössere intraabdominale Eingriffe schmerzlos auszuführen. 15 kurze Krankengeschichten illustriren das Gesagte.

Ssapeshko. «Zur Technik der Magenresection». (Bd. VI, Heft 1).

S. bevorzugt bei der Magenresection das sog. zweite Billroth'sche Verfahren, bei dem die Lumina des Magens und des Duodenums blind geschlossen werden und eine Gastrojejunostomie angelegt wird. Beim Abschluss des Magenlumens verfährt S. folgendermassen: Nach Abbindung und Durchtrennung der Mesenterien, schneidet er die Magenwandung circulär bis auf die Schleimhaut ein. Darauf legt er eine feste Ligatur um den Schleimhautsack und durchtrennt denselben mit dem Paquelin. Eine Sero-musculäre Naht über der Schleimhautligatur schliesst den Magen sicher ab. Am Duodenum verwendet S. eine Tabakbeutelnaht, wie sie von de Quervain angegeben ist.

A. Ssidorenko: «Experimentelle Studien zur Gastroenterostomie». (Bd. VI, Heft 1 und 2).

In seiner ausführlichen, die Literatur eingehend berücksichtigende Arbeit kommt S. auf Grund seiner Thierexperimente zu folgenden Schlüssen: 1) Die beste Methode der Gastroenterostomie ist die v. Hacker'sche. 2) In Fällen, wo diese nicht möglich, die Wölfler'sche. 3) Bei deutlicher Spornbildung soll erneute Laparotomie und Anlegung einer Enteroanastomose stattfinden. 4) In allen geeigneten Fällen sollte der Murphyknopf verwandt werden. Hier wäre nur einzuwenden, dass sich an Thieren gewonnene Resultate wegen anatomischer Verschiedenheiten nicht ohne Weiteres auf den Menschen übertragen lassen.

F. Weber. «Ueber Schussverletzungen durch die neuesten Waffen. Nach Beobachtungen im südafrikanischen Kriege». (Heft 2 und 3).

W. betont ebenfalls die von anderen Autoren beobachtete relative Gutartigkeit der Schussverletzungen durch das moderne kleinkalibrige Gewehr. Es war nur in wenigen Fällen nothwendig grössere Operationen an den Verwundeten vorzunehmen. Auch eingetretene Eiterungen zeigten einen auffallend milden Charakter. Abgesehen von der Beschaffenheit der durch das Mantelgeschoss mit starker Durchschlagskraft gesetzten Wunden schreibt W. diesen milden Verlauf der bacterienarmen Luft und der offenbar geringeren Virulenz der Bacterien zu. W. behandelt dann die verschiedenen Schussverletzungen nach Körperregionen geordnet und schildert die Therapie. Eine Reihe interessanter Krankengeschichten beschliesst die Arbeit.

W. Rasumowsky: «Chirurgische Beobachtungen». (Fortsetzung). (Heft 2).

6. Temporäre Befestigung vernähter Bauchorgane an die Bauchwand. Material zur operativen Behandlung des Echinococcus.

R. hat in einigen Fällen den fibrösen Sack nach Entfernung der Echinococcusblase vernäht und an der ebenfalls vollständig vernähten Bauchwunde befestigt. Bei glattem Verlauf tritt sehr rasch Heilung ein. Treten Zeichen von Intoxication oder Eiterung auf, so ist es ein Leichtes durch Entfernung der Nähte das geschlossene Verfahren in das gewöhnliche offene überzuführen. An einer Reihe von Krankengeschichten werden die verschiedenen Methoden kritisch beleuchtet

7. Ein Fall von Gastropexie.

R. operirte wegen hochgradiger Gastroptose. Der Magen wurde mit 4 Nähten an die vordere Bauchwand fixirt. Nach 7 Monaten bestand vollkommenes Wohlbefinden.

8. Ueber die Prognose der Mesenterialgeschwülste.

Beschreibung eines Falles von Myxom des Mesenteriums, welches im Februar 1898 operirt wurde. (Resection von 48 cm. Dünndarm). Recidiv nach 2 Jahren. Erneute Resection des Tumors. Abermaliges Recidiv ca. 1 Jahr später, dessen vollständige Entfernung nicht mehr möglich war.

9. Ein einfaches solitäres Geschwür der Blase.

Bei einem 62jährigen Individuum, das wegen Blasenpapillom zur Operation kam, fand sich am Grunde der Blase ein rundes Geschwür mit steilen Rändern. Nach Entfernung der Papillome wurde das Geschwür mit dem Paquelin kauterisirt. Heilung nach 2 Monaten. 3 Jahre später befindet sich Patient noch vollkommen wohl.

F. Hagen-Torn: «Zur Casuistik der grossen Ovarialcysten».

Beschreibung eines Falles von sehr grosser Ovarialcyste (83 Pf.) mit kolloidem Inhalt, die mit gutem Erfolg operirt wurde.

F. Weber: «Ueber Peritonitis pseudomyxomatosa». (Heft 3).

W. berichtet über drei sehr genau beobachtete Fälle dieser bisher nur selten beschriebenen Krankheit. Die beiden ersten kamen in einem sehr vorgeschrittenen Stadium in Behandlung und konnten durch eine Operation nicht mehr gerettet werden. Von besonderem Interesse ist der 3. von W. operirte Fall. Es handelte sich um eine 40jährige Frau mit einem grossen prall elastischen Tumor im Leibe, der als Ovarialcyste diagnosticirt wurde. Bei der Laparotomie wurde die Diagnose bestätigt. Es zeigte sich ferner, dass die Cyste an einer Stelle geplatzt war und etwas von ihrem colloiden Inhalt auf das Netz und einige Dünndarmschlingen ergossen hatte. Hier fanden sich dann die typischen Veränderungen der peritonitis pseudomyxomatosa. Dieser in einem so frühen Stadium beobachtete Fall stützt ausserordentlich die Ansicht Werth's, nach welchem das Wesen der Krankheit darin besteht, dass das ergossene Colloid, als Fremdkörper eine chronische Reizung des Bauchfells bewirkt, welche theils zur Aufsaugung, theils zur Einkapselung des Colloids führt. Im W.'schen Falle war wegen der kurzen Dauer von einer beginnenden Einkapselung durch Bindegewebe noch nichts nachweisbar. W. spricht die Hoffnung aus, dass bei genauerer Erkenntniss der Peritonitis pseudomyxomatosa die bisher üble Prognose dieser Erkrankung durch frühzeitige Operation erheblich gebessert werden wird.

G. Breitmann: «Ueber Bauchoperationen». (Heft 3).

Die Arbeit enthält einen Bericht über 5 Laparotomien. Den Grund zum operativen Eingriff gab 1 Mal eine schwere penetrirende Bauchverletzung, 2 Mal ein Ovarialcystom, 1 Mal ein Pyloruscarcinom (Gastroenterostomie) und 1 Mal ein Volvulus flexurae sigmoideae.

R. Wreden: «Die Radicaloperation der Appendicitis im Intervall». (Heft 3).

W. führt den Hautschnitt vom angulus der 6. Rippe beginnend zunächst senkrecht nach unten, dann 2 fingerbreit oberhalb der spina ilei ant. sup. nach innen bogenförmig umbiegend, parallel dem lig. Poupartii bis an den äussern Rand des rechten Rectus abdominis. Der Schnitt durchtrennt nur Haut und subcutanes Fett. Die anderen Schichten der Bauch-

wand werden in einem senkrechten 1 cm. vom Rectusrande entfernten Schnitt durchtrennt. Auf diese Weise soll 1) gute Zugänglichkeit des Operationsfeldes und 2) möglichste Sicherung gegen spätere Bauchhernien erzielt werden.

S. Delizin: «Zur Casuistik der Anomalien der arteria mediana antibrachii. (Einige Fälle von Durchtritt der Arteria durch den nervus medianus)». (Heft 3).

F. Grekow: «Ueber Knochendefecte am Schädel und ihre Heilung». (Heft 4 und 5).

Es würde den Rahmen eines Referates weit überschreiten, wollten wir auf die sehr ausführliche und fleissige Arbeit genauer eingehen. Wir müssen uns begnügen kurz der Fragen Erwähnung zu thun, die G. unter ausgiebigster Benutzung der in- und ausländischen Literatur erörtert. Zunächst constatirt Verf. als unumstössliches Factum, dass am menschlichen Schädel grössere Knochendefecte nicht knöchern, sondern bindegewebig heilen. Nur am Rande des Defectes findet geringe Knochenneubildung statt, die vorwiegend von der Diploe ausgeht. Das Periost und die Dura betheiligen sich in geringerem Grade. Das schwere Trauma dieser knochenbildenden Gewebe bei Schädelverletzungen ist die Ursache der ausbleibenden Knochenneubildung.

Nachdem Verf. dann die Nothwendigkeit des festen Verschlusses der Schädeldefekte betont hat, geht er auf die verschiedenen zu dem Zweck ersonnenen operativen Verfahren über, die er in drei Gruppen als 1. autoplastische, 2. homoplastische und 3. heteroplastische abhandelt und mit Krankengeschichten illustrirt. Daran schliesst sich endlich ein Bericht über eine grosse Reihe eigener Thierversuche, die sehr übersichtlich in Tabellenform zusammengestellt sind. Ein reiches Literaturverzeichniss beschliesst die sehr lesenswerthe Arbeit.

K. Ssapeshko: «Zur Resection des Ganglion Gasseri». (Heft 4).

Die Arbeit bietet im Anschluss an eine Krankengeschichte eine Besprechung einzelner Punkte in der Pathologie und Therapie der Trigeminusneuralgie. Die nicht seltenen Recidive nach der Exstirpation des Ganglion Gasseri erklärt S. durch das Zurückbleiben kleiner Theile des Ganglions, die zu ausgiebiger Regeneration befähigt erscheinen. S. schildert genau sein operatives Verfahren, das von dem Krause'schen in Manchem abweicht.

S. Ljuri: «Zur Lehre von den acuten Entzündungen des Schläfenbeins nach Mittelohrerkrankungen». (Heft 4).

M. Diterichs: «Ueber Neubildungen der Brustwarze und des Warzenhofes». (Heft 4).

Verf. giebt die Krankengeschichte eines 40-jährigen Patienten, der an der linken mamilla ein fibro-papilloma pendulum hatte, das operativ entfernt wurde. Analoge Fälle aus der Literatur werden angeführt.

M. Tichonow: «Ein Verfahren zur gleichzeitigen Injection der Arterien und Venen». (Heft 4).

N. Ssinjuschin: «Ueber Geschwülste der glandula carotica». (Heft 5).

Im Ganzen hat S. nur 7 Fälle dieser Neubildungen in der Literatur auffinden können. Diesen Beobachtungen fügt er eine eigene hinzu. Eine 41-jährige Frau hatte seit 8 Jahren eine Geschwulst unter dem rechten Kieferwinkel, die in letzter Zeit rascher wachsend Eigrösse erreicht hatte. Die Geschwulst war ziemlich beweglich, mit der Haut nicht verbacken, zeigte Pulsation. Bei der Exstirpation, die recht schwierig war, erwies sich die Geschwulst an der Theilungsstelle der Carotis sitzend. Mikroskopisch zeigte die Geschwulst alveolären Bau. Ob die in den Alveolen gelegenen Zellanhäufungen endothelialen oder perithelialen Ursprungs sind, wagt Verf. nicht zu entscheiden.

J. Hagen-Torn. «Ueber proliferirende Kiefercysten und Prothesen nach Resection des Unterkiefers». (Heft 5).

Verf. berichtet über einen Fall von Kiefercyste, der bereits mehrmals Gegenstand operativen Eingreifens gewesen und immer wieder recidivirt war. In Anbetracht dieser Hartnäckigkeit wurde jetzt ein radicaleres Verfahren eingeschlagen und die afficirte Partie des Unterkiefers resecirt. Sofort nach der Operation wird eine Sauersche Prothese eingelegt, die den Kiefer in richtiger Stellung fixirt. Die spätere definitive Prothese functionirte vortrefflich. Kauen und Sprechen vollkommen normal.

J. Freiberg: «Ueber Chyluscysten des Mesenteriums». (Heft 5).

Beschreibung eines glücklich operirten Falles dieser im Ganzen seltenen Krankheit. Die mikroskopische Untersuchung der Cystenwand wies lymphatische Follikel in derselben nach, so dass die Geschwulst als eine Retentionscyste in einer Lymphdrüse aufzufassen ist.

M. Kusniezow: «Ueber Blutstillung bei Leberresection». (Heft 5).

In der «Revue de Chirurgie» 1896 veröffentlichten M. Kusniezow und Pensky ein Verfahren zur sicheren Blutstillung an Leberwunden, (cf. Referat im Centralblatt für Chirurgie 1897, pag. 383). Die Verf. konnten zeigen, dass sowohl Massenligaturen im Lebergewebe sehr wohl möglich sind, sofern die Durchstechung des Parenhyms mit ganz stumpfen Nadeln geschieht, als auch dass die Isolirung und Unterbindung grösserer Gefässe der Leber sehr wohl gelingt. In der uns zum Referat vorliegenden Arbeit kommt K. nochmals auf seine frühere Arbeit zurück, schildert das Verfahren und berichtet über die Fälle, die im Laufe der letzten 5 Jahre operirt worden sind. Prof. v. Mikulicz in Breslau, der der Arbeit ein kurzes Vorwort widmet, erwähnt in demselben, dass er nach dem K.'schen Verfahren mehrmals operirt und dass die Methode kein Mal versagt habe. Ausser von Mikulicz ist die Methode auch noch von andern Autoren mit Glück angewandt worden, so dass K. wohl berechtigt ist am Schlusse seiner Arbeit zu sagen, dass Resectionen an der Leber zur Zeit als sehr wohl ausführbar und relativ ungefährlich zu bezeichnen sind.

Wold. Fick.

Medicinskoje Obosrenje. September, October. 1901.

A. Lichatschow: «Zur Behandlung der Syphilis mit intravenöser Sublimatinjection».

Die Beobachtungen des Autors führten zu folgendem Ergebnisse: Die intravenösen Injectionen von Sublimatlösungen 1:1000 und 1:500 sind nicht gefährlich und haben absolut keine schlimmen Folgen. Bei Bestehen von Sklerose der Gefässe ist diese Methode nicht anzuwenden. Die Symptome des condylomatösen Stadium's schwinden entschieden unter dieser Behandlung, obgleich während der Behandlung auch eine erneuerte Eruption beobachtet werden kann; die Wirkung der intravenösen Sublimatinjectionen auf die condylomatösen Erscheinungen ist durchaus nicht geringer, eher intensiver, als die Wirkung der subcutanen Sublimatinjection. Bei Anwendung von stärker concentrirten Lösungen schwinden die syphilitischen Symptome zwar rascher, doch ist hier keine ausgesprochene Proportionalität zu bemerken. Bei intravenöser Injection beobachtet man weder eine Reizung der Mundschleimhaut, noch eine Reizung des Darmes. Recidive treten bei der intravenösen Behandlung rascher und häufiger auf, als bei der subcutanen. Nach den Erfahrungen des Autors kann die intravenöse Injectionsmethode durchaus nicht als Universalmittel gelten, sie kann dort angewandt werden, wo die subcutanen Injectionen, als viel schmerzhaftere, nicht vertragen werden.

A. Rosenquist: «Einige seltene Fälle von extragenitaler syphilitischer Infection»

1) 2½ jähriges Mädchen. Oedema indurativum labiorum majorum. Papulae syph. genit. et ani. Bei den Eltern bestand Syphilis recens.

2) 27-jährige Bäuerin. — Ulcus induratum pharyngis. Syph. cut. pap.-pustulosa. Papulae syph. genit. ext.

3) 36-jährige Hebamme. Ulcus induratum alae dextr. nasi. Syph. cut. pap.-pustulosa.

4) 48-jährige Bäuerin. Ulcus induratum pharyngis. Syph. cut. papulo-pustulosa.

5) 2-jähriges Mädchen. Oedema indurativum labii maj. sinistr. Syph. cut. pustulosa.

6) 22-jährige Hebamme. Primäre Sklerose am grossen Finger der linken Hand (am Nagelbett). Syph. cut. papulosa. Psoriasis syph. palmaris. Papul. syph. genit. ext.

7) 30-jährige Frau; primäre Sklerose an den Warzen. Papul. syph. genit. ext., Angina syph. papul. Die Infection ging hier vom Kinde aus.

8) 55-jährige Bonne. Ulcus induratum manus dex. Syph. papulosa.

9) 12-jähriges Kind. Ulcus induratum menti.

L. Warnek: «Ueber Sarcom des Uterus».

Autor hat 8 Fälle von Uterussarcom in Beobachtung gehabt. Er theilt dieselbe in 2 Gruppen: 1. Fälle, die auf eine maligne Geschwulst hinwiesen und 2. Fälle, die benigne Uterustumoren, also nam. Fibromyome simulirten. Von letzteren beschreibt W. ganz besonders ausführlich einen Fall, der sich dadurch auszeichnete, dass die 5-jährige Entwickelung des Sarcoms absolut keine Rückwirkung auf den Allgemeinzustand der Kranken hatte, dass ferner die colossale Ausdehnung der Geschwulst in der Uterusschleimhaut nicht nur keine Blutung hervorrief, sondern im Gegentheil eine langanhaltende Amenorrhoe zu Folge hatte und endlich, dass es zu keinen Metastasen gekommen war.

N. Michailow: «Ueber die Gastrostomie nach Marwedel».

Autor hat Gelegenheit gehabt bei 5 Kranken diese Operation auszuführen. Als Indication zu derselben dienten: 1 Fall von Cancer cardiae, 2 Fälle von Cancer oesophagi und 2 Fälle von Oesophagusstenose aus nicht ermittelter Ursache. Auf Grund dieser Erfahrung spricht sich M. dahin aus, dass wir in der Operation nach Marwedel eine durchaus einfache, rasche und absolut ungefährliche Methode besitzen eine Magenfistel anzulegen und hiermit auch die Möglichkeit ganz bedeutend das Leben der dem Hungertode entgegengehenden Kranken zu verlängern. Jedenfalls ist diese Methode durchaus nicht unnütz, wie viele Autoren behaupten.

J. Ssarytschew: «Enterotomie wegen Darmverschluss durch einen Gallenstein».

Casuistischer Fall.

A. Dalinger: «Casuistik der Darmchirurgie».

1) 2 Fälle von penetrirender Bauchwunde mit Verletzung des Darmes. 2) 2 Fälle von Laesion des Darmes während der in Folge von Ovarialkystom mit Stieltorsion ausgeführten Laparotomie.

P. Otradinski: «Condurango bei Erkrankungen des Magens».

Autor hebt die tonische, antikatarrhalische und namentlich auch die schmerzlindernde Wirkung dieses Mittels hervor. Das Extractum fluidum Condurango hat O. mit gradezu frappantem Erfolge in Fällen von Ulcus ventrikuli und von schweren nervösen Cardialgien angewandt.

Th. Rumjanzew: «Ein Fall von Leberabscess».

A. Lewin: «Zur Diagnostik der syphilitischen Paralysen bei Neugeborenen und Säuglingen».

3 Fälle von Paralysen der oberen Extremitäten bei hereditär-syphilitischen Kindern. Autor hebt die Wichtigkeit des von Peters beschriebenen Symptomes «der Flossenstellung der Hände» hervor.

W. Shukowski: «Angeborener syphilitischer Pemphigus ohne Betheiligung der Handflächen und Fussohlen».

Ein höchst instructiver und interessanter Fall. Die Pemphigusblasen fanden sich bei dem neugeborenen Kinde am ganzen Körper, stellenweise sehr dicht beisammen stehend, nur die Fussohlen und die Handflächen blieben absolut frei; und doch stellte Autor die Diagnose auf Lues congenita, weil mehrere Umstände direct darauf hinwiesen: eine grosse Milz, Erscheinungen der alopecia congenitalis, Schnupfen, Auftreten von Haemorrhagien, etc. Die Section des am 10 Lebenstage verstorbenen Kindes bestätigte die Diagnose; es fanden sich: Pneumonia alba, Hepatitis interstitialis, Nephritis interst. Encephalitis interst. Icterus gravis. Der Fall beweist somit, dass die Nichtbetheiligung der Handflächen und Fussohlen am Pemphigus die Syphilis durchaus nicht ausschliesst.

Smirnow: «Die Actinomykose der Zunge».

Es werden gewöhnlich drei Formen von Actinomykose der Zunge auseinandergehalten: 1) die primäre Erkrankung 2) metastatische Abscesse und 3) Erkrankungen, die per continuitatem auf die Zunge übergehen. Der vom Autor beobachtete und operirte Fall gehört zur ersten Kategorie. Es fand sich bei einer 60-jährigen Frau im Fleische der Zunge, auf deren linken Seite, ein schmerzloser, haselnussgrosser Tumor von fast knorpliger Consistenz; dieser Tumor entwickelte sich im Verlaufe eines Jahres, ohne irgend welche locale Schmerzen hervorzurufen und ohne bemerkbaren Einfluss auf das Allgemeinbefinden. Der Tumor wurde exstirpirt, und das Mikroskop bestätigte die bereits vorher gestellte Diagnose.

A. Golowatschow: «Litotomie oder Litotripsie».

Autor befürwortet gegenüber Krassnobajew und Alexandrow die Litotomie.

J. Rubzow: «Ueber Complicationen bei Otitis media purulenta».

Autor weist darauf hin, dass man die Otitis media purulenta von vorneherein als eine ernste Erkrankung aufzufassen habe, da lebensgefährliche Complicationen auftreten können, wie z. B. Meningitis, Sinusthrombose, Hirnabscess und Septicaemie. Zuweilen setzen diese Erscheinungen in so foudroyanter Weise ein, dass man erst auf dem Sectionstische die Abhängigkeit der tödtlichen Erkrankung von einer eitrigen Mittelohrentzündung aufdeckt. R. führt 8 recht instructive Krankengeschichten vor. In allen Fällen handelte es sich zunächst um eine Otitis media, die einen subacuten oder chronischen Verlauf genommen hatte. In allen diesen 8 Fällen trat als Complication Septicaemie auf; ausserdem fanden sich in 3 Fällen Lungengangraen, in 2 Fällen Endocarditis verrucosa, in anderen 2 Fällen Sinusthrombose, in 1 Falle Gehirnabscess, in 1 Falle Abscess des Cerebellum. Endocarditis ulcerosa in einem Falle, Pleuritis serofibrinosa, Meningitis, Pyopneumothorax, Nephritis in je einem Falle. Auf Grund seiner Erfahrungen betont Autor die Nothwendigkeit bei allen septischen Processen aus dunkler Ursache, bei zweifelhaften Formen von Abdominaltyphus eine latente Erkrankung der Ohren im Auge zu behalten.

Abelmann.

Russkij Archiw Patologii, klinitscheskoi Mediciny i Bacteriologii. Band XII, Heft 2, 3.

Alexander Iwanow: «Ueber die Plasmolyse der Bacterien».

Autor unternahm es die Fischer'schen Angaben über die Empfindlichkeit der Bacterienzelle gegenüber den Schwankungen des osmotischen Druckes nachzuprüfen. Die von Fischer beschriebene Plasmoptyse (Quellung des Protoplasma und Heraustreten von Bacterien in Form von Kernchen) konnte Autor, trotzdem, dass die Versuche genau nach den Angaben von Fischer angestellt worden waren, nicht constatiren. Aber auch die Plasmolyse ist nach den Versuchen des Autors durchaus nicht eine einfache physikalische Erscheinung, die auf den bekannten Regeln der Osmose beruht, sondern eine complicirte Erscheinung, wobei die Hauptrolle die Nutritionsprocesse in den Bacterien und die Construction des Protoplasma's spielen.

F. Rymowitsch: «Das Bacterium der acuten infectiösen Conjunctivitis (bac. Koch-Weeks) und dessen Verhältniss zum Influenzabacillus».

Autor hat zahlreiche Versuche im Laboratorium der allgemeinen Pathologie zu Kasan in der genannten Richtung angestellt. Seine Versuche ergaben: Morphologisch sind der Koch-Weeks'sche und der Pfeiffer'sche Bacillus identisch. Die Wachsthumsbedingungen auf Nährböden und das Aussehen der Cultur sind dieselben; beide Bacterien geben die gleichen Evolutionsformen. Auch der Einfluss derselben auf den thierischen Organismus ist genau derselbe; sie wirken toxisch, ohne aber eine Allgemeininfection hervorzurufen. Autor konnte weder in morphologischer, noch in biologischer Hinsicht irgend eine Differenz zwischen beiden Bacterien finden.

M. Chanutina: «Zur Frage von der progressiven Muskelatrophie».

Autor hat Gelegenheit gehabt in einem Fall von ausgesprochener progressiver Muskelatrophie, der schliesslich an Tuberkulose zu Grunde ging, eingehende mikroskopische Studien anzustellen. Die Resultate der Untersuchungen waren. 1) Der krankhafte Process bei der progressiven Muskelatrophie besteht in einer starken Proliferation der Kerne, die allmählich das ganze Muskelsystem befällt; möglicher Weise ist diese Kernproliferation congenitaler Natur. 2) Die Vermehrung der Kerne erfordert einen erhöhten Zufluss von Nahrungsstoffen, die contractile Substanz muss unterlegen und geht auf diese Weise allmählich zu Grunde. 3) Diese Myophagie ist von Metschnikow bei der physiologischen Muskelatrophie der Kaulquappen bewiesen worden: Marinesco sah dieselbe bei der sog. Angiomyopathie und Lewin in einigen Fällen von progressiver Muskelatrophie. 4) Die Hypertrophie vereinzelter Muskelfasern ist durchaus kein pathognomonisches Symptom für die progr. Muskelatrophie; dieselbe wird auch bei anderen atrophischen Processen beobachtet (bei Myelitis, Syryngomyelie, Neuritis). Der vom Autor beobachtete Fall ergab noch folgende Einzelheiten: a) Das Schwinden der contractilen Substanz und Leerwerden der Sarcolemme kann sowohl von der Peripherie, als auch vom Centrum der Muskelbündel ausgehen. b) Der Beginn des pathologischen Processes vom Centrum der Muskelbündel aus, wo normaler Weise recht wenig Bindegewebe vorhanden ist, kann vielleicht auch als Beweis dienen, dass die contractile Substanz primär erkrankt, und nicht, wie manche Autoren behaupten, erst secundär in Folge von Hyperplasie des Bindegewebes. c) Je mehr die Sarcolemmaschläuche sich contrahiren, um so deutlicher wird die Form- und Volumveränderung der Muskelbündel; die leeren Räume werden von Bindegewebe ausgefüllt. d) Die atrophischen Herde befallen nicht die ganze Länge des Muskelbündels, sondern einzelne Theile, so dass Bindegewebsbrücken gebildet werden.

L. Popjelski: «Die reflectorische Thätigkeit der peripheren Nervenzellen im Pankreas».

Diese höchst interessante experimentelle Arbeit wurde unter der Aegide von Prof. Pawlow ausgeführt. Zu den Versuchen verwandte Autor Hunde und Katzen. Nach ausgeführter Tracheotomie, wurde das Rückenmark dicht unter der obloingata durchgeschnitten: alsdann durch eine temporäre Pankreasfistel angelegt; in den Ausführungsgang der Drüse wurde eine Canüle eingeführt, die mit einem dünnen in Mm. gradnirten Glasröhrchen in Verbindung stand. Die Reizung des Pankreas geschah auf die Weise, dass in's Duodenum eine Canüle eingeführt wurde und durch diese auf die Darmschleimhaut 0,4—0,5 pCt. Salzsäurelösungen in verschiedenen Quantitäten zur Einwirkung gebracht wurden. Bekanntlich erregt die Salzsäure die secretorische Thätigkeit des Pankreas ganz ausserordentlich (Gottlieb, Dolinsky). Die Versuche ergaben nun, dass in der That die Bauchspeicheldrüse von der Darmschleimhaut aus ganz energisch zur Thätigkeit angeregt werden kann, und dass diese Erregung ganz unzweifelhaft auf einem reflectorischen Vorgang beruhe. Es gelang dem Autor ferner nachzuweisen, dass von der Schleimhaut des Magens aus keine Reizung ausgelöst werden kann, wohl aber von der Schleimhaut des Duodenum und des grössten Theils des Dünndarmes. Diese Pankreassecretion geht auch nach völliger Isolirung der Drüse vom Grosshirn und Rückenmark vor sich und ebenso nach Zerstörung des plexus coeliacus, ist also absolut unabhängig vom centralen Nervensystem. Die Centra für die eben geschilderte reflectorische Thätigkeit fand P. im Pankreas selbst und zwar sind es die Nervenganglien, die zerstreut in der ganzen Ausdehnung der Drüse gelegen sind.

L. Silberberg und Q. Selonoï: «Ueber negative Chimiotaxis der Leucocythen bei Infection mit virulenten Culturen der Hühnercholera».

Arbeit aus dem Laboratorium von Prof. Metschnikoff in Paris. Die an Kaninchen angestellten Versuche ergaben Folgendes: Bei subcutaner und intraabdomineller Infection mit virulenten Agarculturen der Hühnercholera beobachtet man eine völlige Abwesenheit der Phagocytose von Seiten der Leucocyten. Diese Phagocytose ist auch bei directer Einführung der virulenten Culturen in's Blut nicht nachweisbar. Diese Thatsache erklärt sich durch die negative Chemiotaxis bei tödtlicher Infection.

Abelmann.

Russki Shurnal koshnych i wenericzeskych boleznjei. (Journal russe des maladies cutanées et vénériennes). Nr. VII. 1901.

Tschlenow: «Ueber Pityriasis rubra (Hebra). Enthält die Einführung und historisch-kritische Literaturübersicht».

(Fortsetzung folgt).

Ter-Grigorjanz: «Alopecia areata als Trophoneurose der Haut».

Enthält zunächst einen Abschnitt der sich mit der Definition der Trophoneurosen im Allgemeinen und denen der Haut im Speciellen beschäftigt Neues ist in demselben nicht enthalten, ebenso wenig im zweiten Abschnitt, der der Darstellung des klinischen Bildes gewidmet ist. Betreffend die Aetiologie bringt Verf. zunächst eine Literaturübersicht. Einige gelungene Photographieen von Pat. sind dem Artikel beigegeben. (Fortsetzung folgt).

Karschin: «Veröffentlicht einen sehr hochgradigen Fall von Adenoma sebaceum».

Die einzelnen Geschwülste waren bis erbsengross, sassen hauptsächlich zu beiden Seiten der Nase und um das Kinn herum. Ihr Inhalt bestand aus reinem Hauttalg, wodurch auch die Differentialdiagnose gegenüber Molluscum cont. sichergestellt ist. Der Beginn des Leidens datirte 20 Jahre zurück.

Karschin: «Ein Fall von Tinea tonsurans squamosa».

44-jähriger Mann, Beginn des Leidens vor 5 Jahren am Kopf, an dem übrigens zur Zeit als K. den Pat. sah, ausser einer unbedeutenden Seborrhoe nichts zu finden war. Pat. hatte eine Menge verschieden grosser grau-brauner, scharf contourirter, mit rothem Saum versehener, rauher, mit Borken belegter trockener Flecken. Ganz besondere Ausdehnung erreichten dieselben auf dem Rücken. Die mikroskopische Untersuchung der Borken ergab das Vorhandensein spärlicher Sporen.

Judin: «Zur Kasuistik des syphilitischen Fiebers».

Verf. beschreibt einen Fall, in dem fast von Anfang des Auftretens der Sklerose an, einen Monat hindurch Temperaturschwankungen bis 39,8 und Nachtschweisse beobachtet wurden. Da einmal vor Jahren ein Malariaanfall gewesen war; wurde Chinin aber ohne jeden Erfolg gegeben. Die Milz war ständig etwas vergrössert, Lungen normal. Nachdem eine specifische Behandlung eingeleitet war, fiel die Temperatur im Laufe einiger Tage; der Patient bekam sehr rasch einander folgende Recidive (im Laufe einiger Monate spätsecundäre und tertiäre Formen), wobei sich die Temperatur wieder einige Tage hob.

Verf. rechnet das Fieber im vorliegenden Fall nicht zu dem sog. syph. Eruptionsfieber, sondern zum selbstständigen syphilitischen, das in seinem anhaltenden Typus oft den Verdacht auf Typhus erweckt. (Fournier: syphilitische Typhose).

Ssukow: «Ein Fall von Reïnfectio syphilitika».

8 Jahre nach der ersten Infection acquirirte der unter Beobachtung des Arztes stehende Pat. einen neuen typisch auftretenden und verlaufenden, sowie von typischen secundären Symptomen gefolgten harten Schanker.

Aus dem Ambulatorium von Prof. Selenew wird über einen Fall von langandauernden Erscheinungen der condylomatösen Syphilis berichtet. Der 37 Jahre alte Pat., der in der Kindheit extragenital syphilitisch inficirt und auch behandelt worden war, seitdem sicher keine Infection mehr erhalten hatte, besass eine seit 2 Jahren bestehende papulöse Angina, sowie seit ein 1 Jahr Syphilis cornea palm. et plant.

Himmel: «Die Rolle des Neutralroth bei der Phagocytose überhaupt und der des Trippers im Speciellen».

Verf. kommt am Schluss seiner umfangreichen, äusserst sorgfältigen, aus dem Laboratorium von Prof. Metschnikoff stammenden Experimentalstudie zu folgenden Schlussfolgerungen:

1) In lebenden Leukocyten werden durch Neutralroth alle phagocytirten Stoffe gefärbt.

2) Die in den lebenden Leukocyten sich färbenden Granula sind als Stoffwechselproducte oder als das Product secretorischer Thätigkeit anzusehen.

3) Die durch Neutralroth hervorgerufene Färbung ist bedingt durch oxydirende Fähigkeit der Phagocytosen.

4) Dauer und Intensität der Färbung der phagocytirten Stoffe hängen ab von der Lebensfähigkeit des Phagocyten und von dem mehr oder weniger schädigenden Einfluss, den die eingeschlossenen Stoffe auf denselben haben.

5) Das Hyaloplasma besitzt keine oxydirende, mithin auch färberische Fähigkeit.

6) Beim Absterben der Zelle wird das den Einschluss umgebende saure Medium neutral und der Einschluss entfärbt.

7) Alle die Lebensfähigkeit der Zelle schädigenden Agentien, wirken in demselben Sinne auch auf die Färbung.

8) Die Färbung der lebenden Zellen mit stärkeren (als 1%) Lösungen von Neutralroth unterscheidet sich nicht von der Färbung mit basischen, nicht giftigen Anilinfarben.

9) Das von den Leukocyten producirte saure Medium scheint zu den Amido-Säuren zu gehören.

10) Bei der Färbung mit Neutralroth bietet das Verhalten der phagocytirten und nicht phagocytirten todten und lebenden Gonococcen nichts von dem Verhalten anderer Bacterien Abweichendes.

Wichert.

Westnik Oftalmologii. Mai—Juni 1901.

J. Markow: «Versuche über die Empfindlichkeit der Netzhaut durch unterbrochenen Lichtreiz». (Schluss).

Die Arbeit lässt sich nicht gut referiren. Wer sich für physiologische Themata interessirt — muss nachlesen.

M. M. Koslowski: «Zur einfachen Kataraktextraction».

Im Popow'schen Augenhospitale zu Kiew wurden von 1896—1900 — 422 einfache Extractionen ausgeführt. Das Material wird benutzt um die Frage zu beantworten:

Soll man einfach ohne Iridectomie, oder soll man mit Iridectomie den Staar entfernen. Beide Methoden haben bekanntlich in allen Ländern zahlreiche Anhänger und Gegner. K. bekennt sich als Anhänger der einfachen Operation. Von in Summa 1424 Kataraktoperationen wurden nach verschiedenen Methoden 1002 Augen mit Iridectomie operirt. Die Resultate beider Gruppen, mit und ohne Iridectomie werden statistisch einander gegenübergestellt. Wird eine Operation ohne Iridectomie beabsichtigt, dann wird vorher Atropin eingeträufelt. Ebenso wird Atropin nach Beendigung der Operation ohne Iridectomie gegeben. Der erste Verbandwechsel geschieht meist nach 48 Stunden. Wurde die Iris bei der Operation stark insultirt und lässt sich nicht gut zurücklegen, sondern zeigt Neigung vorzufallen, dann wird nachträglich sofort iridectomirt. Dieses erwies sich als nothwendig in etwa 5% der Fälle, welche man ohne Iridectomie beendigen wollte. Der Hornhautschnitt wird genau an der Grenze der durchsichtigen Hornhaut und in einer Ebene parallel zur Oberfläche der Regenbogenhaut angelegt.

Vorfall der Regenbogenhaut nach Operation ohne Iridectomie wurde in 8% beobachtet. Ist das Pupillargebiet nach Operation ohne Iridectomie nicht rein und lässt sich die Nothwendigkeit einer Nachoperation mit Wahrscheinlichkeit voraussehen, dann macht K. eine Discision mit dem Graefe'schen Messer, und macht dieselbe gerne zeitig — bereits am 10. bis 12. Tage nach der Extraction. Gegen 200 so zeitig ausgeführte Discisionen ergaben keine schlechten Folgen. Etwa 17½% der ohne Iridectomie operirten Augen wurden discidirt. Schwere Iritis wurde an Augen die ohne Iridectomie operirt wurden, 6 mal beobachtet. Davon verliefen zwei Fälle gut; zwei mussten nachträglich iridectomirt werden; zwei Augen gingen an Iridocyclitis verloren. In zwei Fällen trat Glaucom auf nach Extraction ohne Iridectomie. Die Sehschärfe — aber bereits das Resultat nach im Durchschnitt 13 Tagen — erscheint um etwas besser als die Sehschärfe der mit Iridectomie operirten Augen. Dieser Vergleich hat wenig Werth da das bleibende erzielte Sehvermögen so früh nicht gefunden werden kann. Die Verluste — ausgeschlossen, sind hier in beiden Gruppen alle irgend wie complicirten Staaraugen — stellen sich fast gleich: 1,7% Verlust bei Operation mit Iridectomie, 1,4% Verlust ohne Iridectomie. Zum Schluss empfiehlt K. den Aerzten die wenig operiren und weniger Erfahrung besitzen die Operation ohne Iridectomie, weil leichter und einfacher auszuführen. Hiermit kann man sich wohl garnicht einverstanden erklären, denn die Nothwendigkeit nachträglich den Irisvorfall zu beseitigen wird für den ungeübten Operateuren sehr viel häufiger eintreten.

J. J. Günzburg. «Zur Entstehung der serösen Cysten am Auge. Nebst Abbildung».

Die Cyste von der Grösse einer kleinen Haselnuss war im Laufe einiger Monate entstanden und sass im äusseren Augenwinkel rechts. Die Operation sowie die angefertigten microscopischen Präparate lieferten den Beweis, dass es sich um eine Cyste des palpebralen Theiles der Thränendrüse handelte. In allen Präparaten fanden sich Spuren entzündlicher Vorgänge.

E. Blessig. «Alternirendes Auftreten von Glaukoma simplex und Retinitis pigmentosa an einer Reihe von Geschwistern».

Deutsch in der «St. Pet. Med. Wochenschrift» Nr. 9, pag. 105. 1901.

St. Petersburger Ophthalmologische Gesellschaft.

Sitzung am 11. Mai 1900.

N. J. Lwow. «Ueber isometropische Gläser, ihre physicalischen Eigenschaften und klinische Verwendung».

Es ist ein Barium-Silical-Glas, und soll reiner, durchsichtiger, härter sein als Flint- und Kronglas. Es absorbirt ferner in höherem Masse chemisch wirkende Strahlen, was mit dem Finsen'schen Belichtungsapparate nachgewiesen wurde. Die Messung der Sehschärfe ergiebt etwas bessere Resultate. Nächst dem Bergkrystall ist es jedenfalls das beste Brillenmaterial.

E. W. Wasiljew. «Ueber die pathologisch-anatomischen Veränderungen des Auges nach Luxation der Linse in den Glaskörper, sowie über die Reclination der Catarakt».

Die Versuche wurden an Kaninchenaugen ausgeführt — 24. In Zeitabschnitten von 19 Tagen bis 160 Tagen nach der Reclination wurden die Augen herausgenommen und untersucht. Das Instrument wurde durch die Sklera, am Linsenrande vorbei, in die hintere Kammer geführt. Meist hebt sich die nach unten und hinten niedergedrückte Linse in einigen Tagen wiederum soweit, dass sie einen Theil des Pupillargebietes einnimmt. Nur in 6 Augen blieb die Linse unten liegen. Bis zu 10 Tagen hielt ein mehr oder weniger starker allgemeiner Reizzustand des Auges an. In 19 von 24 Augen fand sich Netzhautablösung; in 6 Augen eine Iridocyclitis; in 6 Augen Obliteration des Kammerwinkels, und nur 9 Augen wiesen keinerlei ernste Veränderungen auf — hatten somit den Eingriff glücklich überstanden.

Je weniger der Glaskörper bei der Rücklagerung der Linse leidet um so geringer die Reaction. Verflüssigter Glaskörper ist der Operation günstig.

S. Poljansky: «Ein Vergleich der physicalischen Eigenschaften rauchgrauer und blauer Gläser».

Ein blaues Glas setzt die Sehschärfe etwa um 1/10 herab, das rauchgraue Glas beeinflusst die Sehschärfe nicht. Blaue Gläser absorbiren besser die gelben Strahlen, sind also geeigneter zum tragen bei der Arbeit, wenn dieselbe bei künstlicher Beleuchtung zu leisten ist.

O. Walter: «In Anlass der Karten zur Registrirung der Trachomkranken».

W. ist der Meinung man solle nicht weiter Zeit, Geld und Mühe auf derartige statistische Sammelforschung verwenden, sondern sofort den Kampf gegen das Trachom praktisch aufnehmen durch Anstellung von Trachomärzten und specielle Unterweisungen der Landschaftsärzte in der Behandlung dieser Krankheit. Es empfiehlt das in Preussen, durch die königsberger Augenklinik, geschaffene Projekt der Trachom-

bekämpfung. Die Sache solle nicht der Landschaftsverwaltung überlassen bleiben; die Regierung müsse die Sache in die Hand nehmen.

G—n.

Wojenno-Medizinski Shurnal. März—Juni. 1901.

L. Passower: «Zur Frage über die Angina Ludowici». (Nr. 3).

Auf Grund der betreffenden Literatur und eines eigenen Falles mit tödtlichem Ausgange glaubt Verf., dass eine Angina Ludowici, als selbstständige Krankheit, nicht existirt. Sie ist eine acute phlegmonöse Entzündung der Drüsen am Unterkiefer, die aus verschiedenen Ursachen entstehen kann. Sie verläuft sehr stürmisch mit hoher Temperatur und Schüttelfrösten und erfordert eine sofortige operative Behandlung. Der Schnitt ist am besten parallel dem Unterkiefer zu machen.

W. Barth: «Locale Anaesthesie nach der Schleich'schen Infiltrationsmethode». (Nr. 3).

Idem: «Ein Fall einer schweren penetrirenden Abdominalwunde». (Nr. 3).

K. Koltschewski: «Acute Osteomyelitis des Darmbeins». (Nr. 3).

Ljubomudrow: «Zur Frage der Behandlung der Dysenterie». (Nr. 3).

Im Laufe der letzten 3 Jahre behandelte Verf. im Moskauer Militärhospital circa 200 Dysenteriekranke. Die leichten und mittelschweren Fälle wurden durch die gewöhnliche Behandlung geheilt, in den schweren Krankheitsfällen wurden vom Verf. subcutane Injectionen einer sterilisirten, 0,9 pCt.-igen Kochsalzlösung angewandt. Die Injectionen wurden in die Subclaviculargegend oder in das Unterhautzellgewebe der Bauchwand mit dem Apparate von Prof. Djakonow gemacht, in dem die Flüssigkeit mit einem Doppelballon, wie im Richardson'schen Zerstäuber, gepumpt wird. In einer Sitzung wurden gewöhnlich 400—500 ccm. lauwarmer Flüssigkeit injicirt. Die Schmerzen bei der Injection und nach derselben waren unbedeutend, Complicationen wurden nicht beobachtet. Ein und demselben Kranken wurde nur ein Mal injicirt oder nach einigen Tagen widerholt. Die injicirte Flüssigkeit wurde schon nach einigen (3—4) Stunden resorbirt. In den vom Verf. auf diese Weise behandelten 7 Fällen schwerer Dysenterie trat in 2 Fällen der Tod weil, die Injectionen zu spät gemacht wurden, als die Patienten schon in der Agonie waren. In den 5 übrigen Fällen waren die Injectionen von grossem Nutzen, unterstützten die Kräfte der Patienten in der schwersten Krankheitsperiode und begünstigten das Genesen derselben. Für schwere Dysenteriefälle sind die subcutanen Kochsalzinjectionen die einzige, einigermaassen sichere, Behandlungsmethode.

S. Milewski: «Das icterisch-haemoglobinurische Fieber in Merw (im Transkaspi'schen Gebiete), im Zusammenhange mit einer daselbst herrschenden Malariaepidemie». (Nr. 3).

A. Rybakowski: «Zur Diagnostik und Therapie der gonorrhoischen Gelenkerkrankungen». (Nr. 3).

A. Schurygin: «Zur therapeutischen Wirkung der Kakodylsäure». (Nr. 3).

Verf. verordnet die Kakodylsäure in folgenden Formeln:

I. Zum innerlichen Gebrauche: Acidi cacodylici «Merk» 0,58, (bei 58 Kilogramm Körpergewicht), Natri carbonici 3,0, Aq. destillatae 150,0. MDS. 3 Mal täglich 1 Esslöffel (15 Gramm).

II. Zur subcutanen Injection: Natri cacodylici «Merk» 1,0 Aq. destillatae 10,0. MDS. 1/2 Pravaz'sche Spritze bis zu 1 oder sogar 2 Spritzen, täglich allmählich steigend, oder richtiger 0,001—0,005 und sogar 0,01 pro Kilo Körpergewicht täglich. Auf Grund von 10 eingehend vom Verf. beschriebenen Fällen und noch einiger anderer kommt er zu folgenden Schlüssen:

1) Die Kakodylsäure und das kakodylsaure Natron sind für keine Krankheit specifisch.

2) Sie wirken vorzugsweise blutbildend und erhöhen den Tonus aller Gewebe und Organe.

3) Als Folge dieser Wirkung tritt Verbesserung des Appetites und des Ernährungszustandes auf; die Patienten fühlen sich viel besser; das Körpergewicht steigt, zuweilen mit Schwankungen.

4) Auf die Temperatur, normale sowohl, wie febrile, scheint die Kakodylsäure keine directe Wirkung zu haben, jedoch sinkt die febrile Temperatur allmählich und ihre Schwankungen werden geringer.

5) Der Puls wird voller, die Herzcontractionen und Herztöne energischer, auf die Puls- und Athemfreqnenz hat das Präparat keine merkliche Wirkung.

6) Der Husten und die Nachtschweisse der Phthisiker werden geringer, das Sputum nimmt an Menge ab und wird mehr schleimig.

7) Die von verschiedenen Ursachen abhängenden Durchfälle wurden geringer, die Consistenz der Stühle dicker; in einigen Fällen hörte die Diarrhoe ganz auf.

8) Eiweiss im Harne beim Gebrauch der Präparate wurde nicht beobachtet. Vor der Verordung derselben muss der Harn auf Eiweiss untersucht werden, weil die Kakodylsäure hauptsächlich durch die Nieren aus dem Organismus ausgeschieden wird.

9) In den Fällen, in den die Patienten vom Knoblauchgeruch der ausgeathmeten Luft stark belästigt werden, Schmerzen im Epigastrium oder starke Abneigung gegen das Medicament bei Appetitverlust auftreten, muss die Darreichung desselben unterbrochen werden oder subcutane Injectionen des kakodylsauren Natron gemacht werden. Ueberhaupt muss man nach 1,5—2,5 g., zuweilen auch früher, eine Unterbrechung auf 4—7 Tage machen, bis der Knoblauchgeruch der ausgeathmeten Luft verschwindet.

10) Die subcutanen Injectionen scheinen weniger energisch zu wirken; auf empfindliche Patienten wirken sie deprimirend und haben keine Vorzüge von der innerlichen Darreichung; vorzuziehen sind sie nur bei Erbrechen in Folge von Hirnanaemie, bei Magengeschwür, Gastroenteritis u. s. w.

A. Morkowitin: «Ein Fall von Schusswunde des Schädels mit Verletzung des Gehirns». (Nr. 4).

N. Rubez: «Die Electrolyse bei Verengerungen der Harnröhre». (Nr. 4).

Verf. hat die Electrolyse in 4 Fällen starker Verengerung der Harnröhre angewandt und findet diese Behandlungsmethode für sehr gut wirkend sogar bei veralteten und undurchgängigen Stricturen und vollkommen ungefährlich. Complicationen oder Verbrennungen wurden nie beobachtet. Sie giebt ebenso gute Resultate wie die anderen Behandlungsmethoden.

P. Borowski: «Zur Casuistik der Gehirnbrüche». (Nr. 4).

3 Fälle: 2 Hernien des Gehirns und 1 — des Rückenmarks bei Kindern von 2—3 Monaten. Alle wurden operirt; 2 sind genesen, 1 starb.

P. Solowjew: «Favus und seine Behandlung». (Nr. 4).

W. Jurgens: «Ein Fall von Embolie der Aorta abdominalis». (Nr. 4).

D. Siwerzew: «Ein Fall von „situs viscerum inversus"». (Nr. 4).

M. Kolpakow: «Ueber den Einfluss des Alcoholismus auf die Degeneration und das Aussterben der Nachkommenschaft und sein Zusammenhang mit psychischen Krankheiten». (Nr. 4).

P. Nowizki: «Appendicitis complicirt mit Peritonitis und innerer Einklemmung des Dickdarms (Heilung)». (Nr. 5).

Die Einklemmung des Dickdarms ist plötzlich aufgetreten in der Periode der Heilung der Operationswunde, die in



Veranlassung der Appendicitis gemacht wurde. Schlussfolgerungen:

1) Die durch Peritonitis complicirte Appendicitis muss als eine der Ursachen der inneren Einklemmung betrachtet werden.

2) Die Entfernung des veränderten Wurmfortsatzes kann eine nachfolgende innere Einklemmung nicht vorbeugen, da die Verwachsungsprocesse im entzündeten Peritoneum dabei in ihrem Verlaufe unverändert bleiben.

3) Bei innerer Einklemmung, die noch vor der vollständigen Heilung der eröffneten, durch Appendicitis entstandenen Abscesshöhle, aufgetreten ist, soll man die Laparotomie nicht lange aufschieben, da sehr rasch Collaps eintreten kann.

T. Glückmann: «Zwei Fälle von Mastitis bei Soldaten» (Nr. 5).

M. Reich: «Zur Charakteristik der Erkrankungen der Augenbindehaut in unserer Armee». (Nr. 5 und 6).

K. Kotschinew: «Behandlung der Bubonen mit heissen Umschlägen». (Nr. 5).

Nach Eröffnung der Bubonen, sorgfältiger Ausschabung der vereiterten Drüsen und leichter Tamponade mit Jodoformgaze wird der Pat. in's Bett gebracht. Auf die Wunde legt man darauf eine dünne Schicht sterilisirter Gaze. Pat. taucht mit reinen Händen den sterilisirten Umschlag aus Gaze in heissem Wasser und legt denselben auf die ganze afficirte Fläche auf; sobald die Gaze abkühlt wird sie wieder in heissem Wasser getaucht und aufgelegt. Alles das macht Pat. 3 Mal täglich zu 2 Stunden lang. Nach den Erfahrungen des Verf.'s sollen die heissen Umschläge ein vorzügliches Mittel sein bei Behandlung der Bubonen und anderer schlecht heilender Wunden.

W. Dedow: «Ueber den Einfluss der Bubonen auf die Schnelligkeit der Heilung des weichen Schankers». (Nr. 5).

Auf Grund einiger Fälle behauptet Verf., dass der Schanker bei Complication mit Bubonen viel schneller heilt; je rascher die Bubonen eröffnet werden, desto schneller tritt Heilung ein.

G. Boino-Rodsewitsch: «Ein Fall von männlicher Hysterie». (Nr. 5).

Th. Tumilowitsch: «Zur Casuistik der ungewöhnlichen Formen der tuberculösen Meningitis bei Erwachsenen». (Nr. 5).

Ausser der gewöhnlichen meningitischen Erscheinungen, wie Kopfschmerzen, Schwindel, Pupillenerweiterung und Reactionslosigkeit derselben, Hyperalgesie wurden noch andere, der Meningitis nicht eigenthümliche Symptome, wie Ataxie und choreatische Bewegungen, beobachtet.

A. Merz: «Ueber den Einfluss therapeutischer Arsenikdosen auf die Morphologie der weissen Blutkörperchen». (Nr. 5).

N. Matschinski: «Einige Bemerkungen über die Desinfection mit Formalin». (Nr. 5).

Schlussfolgerungen:

1) Eine Paraformlösung wirkt ebenso gut desinficirend, wie das käufliche Formalin.

2) Bei der Herstellung der Paraformlösung müssen die Paraformtabletten nach dem Gewicht und nicht an Zahl genommen werden.

3) Beim Gebrauch des Breslauer Apparates ist es besser, wenn die Tabletten als solche in den Kessel gebracht werden, als wenn in denselben eine zuerst vorbereitete 8 pCt.-ige Lösung der Tabletten hineingegossen wird.

4) Um über die Desinfection sicher zu sein, muss man doppelt so viel Formalin nehmen, als in den Braun'schen Tabellen angegeben ist.

5) Der Apparat «Aesculap» ist unbequemer und theuerer, als der Breslauer.

A. Grammatschikow: «Ueber die desinficirenden Eigenschaften der Seifenlösungen». (Nr. 5).

Schlussfolgerungen:

1) Alle Seifenarten haben desinficirende Eigenschaften, die bei Erhöhung der Temperatur derselben zunehmen.

2) Diese desinficirenden Eigenschaften hängen nicht ab vom Alkaligehalt der Seifen.

3) 5 pCt.-ige Seifenlösungen und zwar der grünen, der grauen Marmorseife und Katecho-Kreolinseife sind bei einer Temperatur von 50—60° C. besonders gute Desinfectionsmittel.

A. Bulatnikow: «Ein Fall von Appendicitis». (Nr. 6).

Verf. sucht zu beweisen, dass die innere Behandlung der Appendicitis nur zu Zeitverlust führt. Es muss in allen Fällen operirt werden.

A. Ostrjanski: «Zur Kasuistik der Schussverletzungen der Harnröhre». (Nr. 6).

K. Suslow: «Zur Kasuistik der Steinbildung in der weiblichen Harnblase und ihrer Behandlung». (Nr. 6).

Subkowski: «Die Behandlung der Gonorrhoe mit Protargol nach der Methode von Prof. Neisser». (Nr. 6).

D. Krylow: «Ein Fall von Mischinfection mit Syphilis und Streptococcen». (Nr. 6).

K. Beljaew: «Ein Fall eitriger Angiocholitis, hervorgerufen durch Durchbruch von Echinococcusblasen in die Gallenwege». (Nr. 6).

N. Fedossejew: «Zur Frage der acuten gelben Leberatrophie». (Nr. 6).

Schlussfolgerungen:

1) Der catarrhalische Icterus, Weil'sche infectiöse Icterus und acute gelbe Leberatrophie sind verschiedene Formen ein und derselben Krankheit.

2) Die leichteren oder schwereren Formen dieser Krankheit sind von der Schwere der Infection und Widerstandsfähigkeit des Organismus abhängig.

3) Die Krankheit scheint eine infectiöse zu sein, die Infection wird aber nicht direct von einem Menschen auf den anderen übertragen. Die Erreger dieser Krankheit sind noch nicht entdeckt. Was die Behandlung des catarrhalischen Icterus überhaupt und speciell ihrer schweren Form, der acuten gelben Leberatrophie, anbetrifft, so ist die wichtigste Aufgabe dabei die toxische Substanz aus dem Organismus zu entfernen; es sind daher Laxantia, Harn- und schweisstreibende Mittel indicirt. Die beste Diät sind Milch und Milchspeisen.

A. Archipow: «Zur Kasuistik der idiopathischen Oedeme» (Nr. 6).

A. Grekow: «Zur Frage der Aetiologie des icterisch-haemoglobinurischen Fiebers». (Nr. 6).

Verf. beweist, dass das icterisch-haemoglobinurische Fieber, welches gewöhnlich nur in heissen Gegenden vorkommt, sich aus der chronischen Malaria entwickelt, dass heisst aus jenen Veränderungen, die im Organismus unter dem Einfluss des Palludismus entstehen. In der Aetiologie dieser Krankheit spielen das Chinin und Erkältung eine wichtige Rolle.

E. Greilich: «Zur Pharmakodynamik des Validols». (Nr. 6).

Die Versuche des Verf.'s mit diesem neuen Mittel haben ungünstige Resultate ergeben. Aus Valeriansäure und Menthol bestehend, hat das Validol keine der therapeutischen Eigenschaften seiner Componenten; es hat keine excitirende Wirkung und keine desinficirende, noch schmerzstillende Eigenschaften. Als Vorzug des Validols vor dem Menthol wurde das Fehlen jeglicher Reizung angegeben, was aber Verf. bei seinen Versuchen nicht bestätigt fand. Eine Bedeutung hat das Validol nur als Lösungsmittel für das Menthol und da es eine gleiche Wirkung, wie das Menthol hat, so wird die letztere gesteigert.

J. Bilweiss: «Ueber subcutane Injectionen der Solutio arsenicalis Fowleri». (Nr. 6).

S. Saweljew: «Zur Statistik der Erkrankungen an epidemischer Parotitis in der russischen Armee». (Nr. 6).

N. Talysin: «Ueber die Bedeutung der hygienischen Gymnastik im Militär». (Nr. 6).

A. Sacher.

Дозв. ценз. Спб., 7 Декабря 1901 г. Herausgeber Dr. Rudolf Wanach. Buchdruckerei v. A. Wienecke, Katharinenh. Pr. № 15.

